

TESE DE DOUTORAMENTO

**A EVOLUCIÓN DA PERCEPCIÓN
SOCIAL DOS TRASTORNOS DA
CONDUTA ALIMENTARIA DOS
PROFESIONAIS DA SAÚDE EN
GALICIA**

Juan José Labora González

ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL EN ARTES E HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIAIS E
XURÍDICAS

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN MARKETING POLÍTICO, ACTORES E INSTITUCIÓN
NAS SOCIEDADES CONTEMPORÁNEAS

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2018



DECLARACIÓN DO AUTOR/A DA TESE

A evolución da percepción social dos trastornos da conduta alimentaria
dos profesionais da saúde en Galicia

D. Juan José Labora González

Presento a miña tese, seguindo o procedemento axeitado ao Regulamento, e declaro que:

- 1) A tese abarca os resultados da elaboración do meu traballo.
- 2) De selo caso, na tese faise referencia ás colaboracións que tivo este traballo.
- 3) A tese é a versión definitiva presentada para a súa defensa e coincide coa versión enviada en formato electrónico.
- 4) Confirmo que a tese non incorre en ningún tipo de plaxio doutros autores nin de traballos presentados por min para a obtención doutros títulos.

En Santiago de Compostela, 18 de xullo de 2018

Asdo: Juan José Labora González



AUTORIZACIÓN DO DIRECTOR / TITOR DA TESE

A evolución da percepción social dos Trastornos da conduta alimentaria
dos profesionais da saúde en Galicia

Dña. María Antonia Arias Fernández

D. Manuel Torres Cubeiro

INFORMAN:

Que a presente tese, correspóndese co traballo realizado por D. Juan José Labora González, baixo a nosa dirección, e autorizamos a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento da USC, e que como directores desta non incorre nas causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.

En Santiago de Compostela, 18 de xullo de 2018

Asdo. María Antonia Arias Fernández

Asdo. Manuel Torres Cubeiro



Ao meu pai, na distancia....

Ὅδος ἄνω κατω μή
Heráclito (1986)

Busquemos como buscan os que aínda non atoparon, e atopemos
como encontran os que aínda han de buscar.

Agustín de Hipona (2006)



AGRADECEMENTOS

Ao meu pai que me contaxiou o virus da curiosidade polo coñecemento. Á miña nai da que herdei o “vicio” polos libros. A todos os meus irmáns que me arroupan no tránsito pola vida. Ao meu sobriño Brais que vixía o noso camiño. Aos meus amig@s, vós sabedes quen sodes.

Tod@s eles puxeron o seu granito de area, e aínda que na portada só apareza o meu nome, hei de recoñecer, que fixeron deste texto unha obra colectiva, na que se entrecruzan as persoas do meu presente, o meu pasado, e, Por que non? O meu futuro. Graciñas a tod@s os presentes, cuxa voz é constante nestas páxinas. Graciñas a tod@s os ausentes, cuxa pegada indeleble configura a persoa que son, e que se baleirou nestas letras.

En especial, quixera amosar o meu máis profundo agradecemento ao estudantado e profesionais que participaron nesta investigación; sen eles/as esta investigación non se podería levar a cabo.

Agradecer a Ana que me doase, con tanta xenerosidade, un feixe de puntos e comas.

Agradecer aos meus dous directores de tese que me acompañasen nesta singradura tan difícil. Graciñas por permitir que esta fose a miña tese. Graciñas polo voso apoio continuo e constante. E, sobre todo, agradecer que non deses nunca resposta ás dúbidas que me foron xurdindo polo camiño nestes anos, permitindo deste xeito que fóra eu mesmo o que as contestase.

Agradecer á Dirección Xeral do Sergas da Coruña a autorización para a participación dos seus traballadores/as nesta investigación durante a súa xornada de traballo. Asemade quero agradecer a colaboración desinteresada dos colexios de psicoloxía e traballo social. O tempo cedido polos distintos profesores/as.

Agradecer a Xulia que compartise comigo o seu amplo coñecemento da biblioteca da USC.

Agradecer a Lorena o seu apoio e o seu cariño. Graciñas por compartir comigo eses diá-logos nos que nos soemos enlear.

Agradecer tamén a Marta que sexa unha das persoas con máis forza que coñezo. Por erguerse todos os días cun sorriso, que aínda que ultimamente ocúltase tras os nuboeiros da vida, cada vez que aparece vale un mundo. Graciñas por abrirme as portas da túa casa e da túa vida.

Graciñas a tod@s os que me ensinaron algo en algún momento.

Graciñas aos que coa súa paixón alumearon o meu camiño.

Graciñas aos que compartiron a súa faísca comigo.

Graciñas aos que me escoitaron.

Graciñas aos que creron en min.

GRACIÑAS a todos, e todas, por eses escintileos de luz.

GRACIÑAS, en fin, con todo o meu cariño, a tod@s os que comigo van...



RESUMO

Este traballo expón, como froito dunha investigación multimétodo e dentro do marco da teoría sistémica, como evoluciona a percepción dos trastornos da alimentación, dos/as profesionais da saúde de Galicia. Compáranse os resultados obtidos dos estudantes de tres disciplinas (psicoloxía, traballo social e psiquiatría) cos recompilados dos/as profesionais en activo das mesmas.

Descríbese como os significados asignados a estes trastornos mantéñense estables arredor das nocións de: control, tempo, obsesión e adicción. Adquirindo o discurso forma profesional paulatinamente.

A percepción dos trastornos da alimentación estaría afectada por varios imaxinarios, pero mantense encadrada dentro do modelo médico, o que provoca conflitos nas relacións entre os/as profesionais e nos roles desenvolvidos polos mesmos.

Asemade, expónse a posible influencia que a percepción pode exercer sobre a práctica profesional, dada a influencia do que se denominou o paradigma do déficit e a presenza do estigma cara as persoas con este tipo de trastornos.

PALABRAS CLAVE: Percepción, imaxinarios sociais, complexidade, teoría sistémica, trastornos alimentarios.

RESUMEN

Este traballo expone, como fruto de una investigación multimétodo y dentro del marco de la teoría sistémica, cómo evoluciona la percepción de los trastornos de la alimentación, de los/as profesionales de la salud de Galicia. Se comparan los resultados obtenidos de los estudiantes de tres disciplinas (psicoloxía, traballo social y psiquiatría) con los recopilados de los/las profesionales en activo de las mismas.

Se describe cómo los significados se mantienen estables alrededor de las nociones de: control, tiempo, obsesión y adicción. Adquiriendo el discurso forma profesional paulatinamente.

La percepción de los trastornos de la alimentación estaría afectada por varios imaginarios, pero encuadrada dentro del modelo médico, lo que provoca conflictos en las relaciones entre los profesionales y en los roles desarrollados por los mismos.

Asimismo, se expone la posible influencia que la percepción puede ejercer sobre la práctica profesional, dada la influencia de lo que se ha denominado el paradigma del déficit y la presencia del estigma hacia las personas con ese tipo de trastornos.

PALABRAS CLAVE: Percepción, imaginarios sociales, complejidad, teoría sistémica, trastornos alimentarios.

ABSTRACT

This PhD dissertation presents the results of a multimethod research within a systems theory framework centered on how the perception of eating disorders among health professionals in Galicia (Spain) evolves. The outcomes obtained from students of psychology, social work and psychiatry are compared with those obtained from active psychologists, social workers and psychiatrists. The result shows that mental health professionals build gradually their discourse using four notions (control, time obsession and addiction) to stabilize their perception of eating disorders. In this sense, their perception of eating disorders would be affected by several imaginaries framed within a dominant medical model; a predominance not without conflicts between those professionals and their expected expert roles. The possible influence that perception can exert on professional practice is also presented related to the so called deficit paradigm and the presence of social stigma against people with an eating disorder diagnosis.

KEY WORDS: Perception, social imaginaries, complexity, systemic theory, eating disorders.



ÍNDICE

Índice de táboas.....	17
Índice de figuras.....	21
Abreviaturas.....	23
Introducción.....	25
I parte: Marco de referencia.....	29
Capítulo 1: Metodoloxía.....	31
1.1. Obxectivos de investigación.....	33
1.2. Deseño de investigación.....	33
1.2.1. Metodoloxía cuantitativa.....	33
1.2.2. Metodoloxía cualitativa.....	35
1.2.2.1. Os grupos de discusión.....	36
1.2.2.2. As entrevistas en profundidade.....	36
1.2.2.3. A análise de contido.....	37
1.2.2.4. Métodos visuais.....	37
1.2.2.5. O estudo de caso.....	37
1.3. O mostreo.....	38
1.4. A calidade da investigación.....	40
1.5. O traballo de campo.....	41
Capítulo 2: Epistemoloxía da percepción.....	45
2.1. Os imaxinarios sociais e a percepción.....	45
2.2. Os imaxinarios sociais da doenza mental.....	48
2.2.1. O imaxinario social biomédico.....	49
2.2.2. O imaxinario social psicolóxico.....	49
2.2.3. O imaxinario social sociolóxico.....	50
2.2.4. O imaxinario social do escándalo.....	52
2.3. De modelos, teorías e paradigmas.....	53
2.3.1. Os paradigmas e as teorías.....	53
2.3.2. Os modelos.....	53
2.3.3. O estilo profesional e a elección de modelo.....	55
Capítulo 3: A construción social dos TCA.....	57
3.1. A enfermidade: unha aproximación terminolóxica.....	58
3.2. A invención da enfermidade.....	61
3.2.1. A enfermidade na antigüidade.....	61
3.2.2. Os significados dos TCA.....	65
Capítulo 4: Os TCA como entidades biomédicas.....	75
4.1. O imaxinario biomedico.....	75
4.2. De quen son (diagnóstico) ao que fago (patrón comporta-mental).....	83
4.2.1. A terapia como metáfora.....	87
4.2.2. A farmacopea da felicidade.....	90
4.3. A terapia sistémica e os TCA.....	92

4.3.1. A Escola de Milán	92
4.3.2. Salvador Minuchin e a terapia estrutural	92
4.3.3. Michael White e a terapia das narrativas	93
4.3.4. A Escola de Arezzo	94
Capítulo 5: Do corpo físico ao corpo vivido.....	95
5.1.O nacemento do corpo	97
5.2.O home máquina	102
5.3.A medicalización do corpo.....	103
5.4.A construción do corpo	106
5.5.Os imaxinarios sociais do corpo	108
5.5.1. O imaxinario biolóxico do corpo	109
5.5.2. O imaxinario do corpo sexuado	111
5.6. O corpo e os TCA.....	113
Capítulo 6: O papel dos medios de comunicación.....	117
6.1.Percepción, imaxe e realidade.....	117
6.1.1. A imaxe, o tempo e o espazo: o caso dos sexos	119
6.2.A influencia dos medios de comunicación	123
Capítulo 7: A sociedade dos TCA	129
7.1.A medicalización da alimentación	130
7.1.1 A alimentación e o risco dos TCA.....	133
7.2.A moralización: as sociedades obesogéncias e lipofóbicas.....	135
Capítulo 8: A percepción e o estigma.....	143
8.1.A percepción	143
8.2.O estigma	147
8.2.1. O estigma no estudantado e profesionais da saúde	153
Capítulo 9: A socioloxía das profesións da saúde.....	157
9.1.As disciplinas Psy	157
9.2.A socialización nas disciplinas Psy.....	160
9.3.Os conflitos de rol	164
II parte: Resultados da investigación	165
Capítulo 10: Os TCA: recoñecemento, percepción e información	169
10.1.O recoñecemento dos TCA por parte do estudantado	169
10.2.A percepción dos TCA no estudantado	172
10.2.1. A definición dos TCA	172
10.2.2. A percepción da etioloxía dos TCA.....	173
10.2.3. A percepción da información sobre os TCA.....	175
Capítulo 11: Os tratamentos dos TCA.....	179
11.1. Os equipos de intervención	179
11.2A percepción dos tratamentos	182
11.2.1.Os tipos de tratamento.....	182
11.2.2.Recomendacións do alumnado sobre o tipo de axuda a pescudar.....	188
11.2.3.Percepcións dos resultados dos tratamentos	189
11.3. Percepción dos motivos polos que as persoas non piden axuda.....	191

Capítulo 12: O grao de estigma do estudantado	195
12.1. Características persoais negativas vencelladas ás persoas con TCA	195
12.2. Os desexos de distancia social cara ás perosas con TCA.....	197
Capítulo 13: A experiencia da enfermidade	203
13.1. O recoñecemento do diagnóstico e a experiencia da enfermidade	203
13.2. O tratamento e a experiencia da enfermidade.....	208
Capítulo 14: O xénero: unha variable explicativa.....	213
14.1. A percepción da anorexia do estudantado.....	213
14.2. A percepción da bulimia do estudantado	215
Capítulo 15: Os TCA: imaxinarios, percepcións e significados	221
Introducción	221
15.1. Os significados dos TCA.....	230
15.2. O imaxinario biomédico e a medicalización.....	232
Capítulo 16: Realidade, imaxe e medios de comunicación	235
16.1. A imaxe e a realidade	235
16.2. A imaxe dos TCA na publicidade dos centros de tratamento.....	237
Capítulo 17: A mirada e o estigma nos TCA.....	243
17.1. A construción da percepción a través da vista.....	243
17.2. O estigma na percepción dos TCA.....	244
Capítulo 18: O corpo e os TCA na percepción dos/as profesionais.....	251
Capítulo 19: Poder, rol e imaxinarios sociais.....	257
Capítulo 20: Un estudo de caso: unha voz con sentimentos.....	265
Introducción	265
20.1 A familia	266
20.2. O nacemento dunha diva.....	268
20.3. María versus Callas.....	272
20.4. Conclusións.....	274
Conclusións.....	277
Anexos	283
Anexo I: Modelo de cuestionario	285
Anexo II: Formulario de recollida datos	303
Anexo III: Formulario de autorización para participar na investigación	307
Anexo IV: Utilización da metáfora da vista na sociedade occidental	311
Anexo V: Novelas, biografías e autobiografías sobre os TCA.....	315
Anexo VI: Funcións do traballador/a social en saúde mental.....	319
Referencias bibliográficas.....	323



ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa 1: Alumnado participante na enquisa no curso 2015-2016	35
Táboa 2: Alumnado participante na enquisa no curso 2016-2017	35
Táboa 3: Casilleiro tipolóxico das entrevistas dos/as profesionais da psicoloxía entrevistados/as	39
Táboa 4: Casilleiro tipolóxico das entrevistas dos/as profesionais do traballo social entrevistados/as	39
Táboa 5: Casilleiro tipolóxico das entrevistas dos/as profesionais da psiquiatría entrevistados/a	40
Táboa 6: Codificación dos grupos de estudantes	42
Táboa 7: Codificación das entrevistas realizadas a profesionais	42
Táboa 8: Variables que infúen na elección de modelo por parte dos/as profesionais	56
Táboa 9: Fenomenoloxía asimilable aos trastornos da conduta alimentaria	66
Táboa 10: Evolución histórica dalgúns trastornos da conduta alimentaria	67
Táboa 11: Significados asignados ao xénero masculino e feminino no século XIX	71
Táboa 12: Evolución da construción médica dos trastornos da alimentación	73
Táboa 13: Principais características do modelo biomédico fronte ao sociolóxico	76
Táboa 14: Clasificación dos TCA no DSM-V	78
Táboa 14: Clasificación dos TCA no DSM-V, continuación	79
Táboa 15: Estudos españois sobre a prevalencia dos TCA	80
Táboa 16: Principais factores de risco dos trastornos da conduta alimentaria	82
Táboa 17: Evolución do número de doenzas mentais contempladas no DSM	85
Táboa 18: Metáforas utilizadas para referirse ao corpo humano	96
Táboa 19: Principais rupturas epistemolóxicas producidas no corpo humano	97
Táboa 20: Significados asignados ao corpo e á alma por Platón	99
Táboa 21: Ciclos ao longo da historia na valoración do corpo	100
Táboa 22: Xogo de significados asignados ao corpo por Nietzsche	106
Táboa 22: Xogo de significados asignados ao corpo por Nietzsche, continuación	107
Táboa 23: Dicotomías resaltadas no corpo polo feminismo	114
Táboa 24: Compoñentes da imaxe corporal	118
Táboa 25: Modelos de significados asignados á muller na Grecia clásica	120
Táboa 26: Estereotipos da imaxe feminina nos videoxogos e no cinema	120
Táboa 27: Teorías sociolóxicas explicativas da influencia dos medios de comunicación nas alteracións da imaxe e da conduta alimentaria	123
Táboa 28: Mensaxes socioculturales influentes na formación da imaxe corporal	126
Táboa 29: Dimensións do estigma público	149
Táboa 30: Nocións teóricas construídas pola investigación sobre o estigma	151
Táboa 31: Porcentaxes que se mostran de acordo con situacións negativas	153
Táboa 32: Razóns para escoller converterse en psiquiatra	162
Táboa 33: Razóns para escoller converterse en psicoterapeuta	163
Táboa 34: Notas de corte para o acceso á formación nas disciplinas obxecto de estudo na USC	163
Táboa 35: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado 2015-16	170
Táboa 36: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado 2016-17	170
Táboa 37: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de Traballo social 2015-16	170
Táboa 38: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de Traballo social 2016-17	171
Táboa 39: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de Psicoloxía 2015-16	171
Táboa 40: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de Psicoloxía 2016-17	171
Táboa 41: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de Medicina 2015-16	171
Táboa 42: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de Medicina 2016-17	172

Táboa 43: Percepción da definición dos TCA do estudantado de Traballo Social	172
Táboa 44: Percepción da definición dos TCA do estudantado de Psicoloxía	173
Táboa 45: Percepción da definición dos TCA do estudantado de Medicina.....	173
Táboa 46: Percepción da definición dos TCA do total do estudantado enquisado	173
Táboa 47: Percepción da etiloxía dos TCA do estudantado enquisado	174
Táboa 48: Percepción da etiloxía dos TCA do estudando de Traballo social.....	174
Táboa 49: Percepción da etiloxía dos TCA do estudantado de Psicoloxía	174
Táboa 50: Percepción da etiloxía dos TCA do estudantado de Medicina.....	175
Táboa 51: Valoración do estudantado do nivel de información do público en xeral sobre os TCA, 2016-17	175
Táboa 52: Valoración do estudantado da corrección da información do público en xeral sobre os TCA, 2016-17	176
Táboa 53: Profesionais que o estudantado considera máis axeitado para tratar un TCA	179
Táboa 54: Profesionais que o estudantado de Traballo social considera máis axeitado para tratar un TCA.....	180
Táboa 55: Profesionais que o estudantado de psicoloxía considera máis axeitado para tratar un TCA.....	180
Táboa 56: Profesionais que o estudantado de medicina considera máis axeitado para tratar un TCA.....	181
Táboa 57: Valoración do alumnado no curso 2015-16 da utilidade dun/ha profesional do traballo social para tratar un TCA.....	181
Táboa 58: Valoración do alumnado no curso 2016-17 da utilidade dun/ha profesional do traballo social para tratar un TCA.....	182
Táboa 59: Valoración do alumnado do tipo de tratamento axeitado curso 2015-16.....	182
Táboa 60: Valoración do alumnado do tipo de tratamento axeitado curso 2016-17.....	183
Táboa 61: Valoración do alumnado da utilidade de antidepresivos no tratamento dos TCA curso 2015-16	183
Táboa 62: Valoración do alumnado da utilidade dos antidepresivos no tratamento dos TCA curso 2016-17	184
Táboa 63: Valoración do alumnado da utilidade das vitaminas no tratamento dos TCA curso 2015-16.....	184
Táboa 64: Valoración do alumnado da utilidade das vitaminas no tratamento dos TCA curso 2016-17.....	185
Táboa 65: Valoración do alumnado da utilidade dos tranquilizantes ou calmantes no tratamento dos TCA, curso 2015-16	185
Táboa 66: Valoración do alumnado da utilidade dos tranquilizantes ou calmantes no tratamento dos TCA, curso 2016-17	186
Táboa 67: Valoración do alumnado da utilidade dos antipsicóticos no tratamento dos TCA, curso 2016-17	186
Táboa 68: Valoración do alumnado da utilidade dos somníferos no tratamento dos TCA, curso 2016-17.....	187
Táboa 69: Valoración do alumnado da utilidade da acupuntura no tratamento dos TCA, curso 2016-17.....	187
Táboa 70: Valoración do alumnado da utilidade dos remedios naturais no tratamento dos TCA, curso 2015-16	188
Táboa 71: Valoración do alumnado da utilidade dos remedios naturais no tratamento dos TCA, curso 2016-17	188
Táboa 72: Recomendacións do alumnado, curso 2016-17	189
Táboa 73: Percepción do alumnado dos resultados do tratamento en caso de recibir axuda profesional, curso 2015-16	189
Táboa 74: Percepción do alumnado dos resultados do tratamento en caso de recibir axuda profesional, curso 2016-17	190

Táboa 75: Percepción do alumnado dos resultados de tratamento en caso de NON recibir axuda profesional, curso 2016-17.....	190
Táboa 76: Valoración do estudantado do seu nivel de confianza para tratar un TCA, 2016-17.....	191
Táboa 77: Percepción do alumnado dos motivos de non pescudar axuda profesional, 2015-16.....	192
Táboa 78: Percepción do alumnado dos motivos de non pescudar axuda profesional, 2016-17.....	193
Táboa 79: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación é un sinal de debilidade persoal”, 2015-16.....	195
Táboa 80: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación é un sinal de debilidade persoal”, 2016-17.....	196
Táboa 81: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación vólvea unha persoa imprevisible”, 2015-16.....	196
Táboa 82: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación vólvea unha persoa imprevisible”, 2016-17.....	196
Táboa 83: Valoración do estudantado da afirmación “Se quixera podería saír por si mesma desta situación”, 2015-16.....	196
Táboa 84: Valoración do estudantado da afirmación “Se quixera podería saír por si mesma desta situación”, 2016-17.....	197
Táboa 85: Valoración do estudantado da afirmación “A mellor maneira de non desenvolver unha situación así é afastarse da persoa que a ten”, 2015-16.....	197
Táboa 86: Valoración do estudantado da afirmación “A mellor maneira de non desenvolver unha situación así é afastarse da persoa que a ten”, 2016-17.....	197
Táboa 87: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a traballar con ela nun grupo”, 2015-16.....	198
Táboa 88: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a traballar con ela nun grupo”, 2016-17.....	198
Táboa 89: Valoración do estudantado da afirmación “Estaría disposto/a a pasar unha fin de semana con el/ela”, 2015-16.....	198
Táboa 90: Valoración do estudantado da afirmación “Estaría disposto/a a pasar unha fin de semana con el/ela”, 2016-17.....	198
Táboa 91: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto convidalo/a á túa casa”, 2015-16.....	199
Táboa 92: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto convidalo/a á túa casa”, 2016-17.....	199
Táboa 93: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ir á súa casa”, 2015-16.....	199
Táboa 94: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ir á súa casa”, 2016-17.....	199
Táboa 95: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ser o seu amigo persoal”, 2015-16.....	200
Táboa 96: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ser o seu amigo persoal”, 2016-17.....	200
Táboa 97: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a iniciar unha relación sentimental”, 2015-16.....	200
Táboa 98: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a iniciar unha relación sentimental”, 2016-17.....	201
Táboa 99: Elección da autoestima como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17.....	204
Táboa 100: Elección do estrés como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17.....	204
Táboa 101: Elección da ansiedade como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17.....	205

Táboa 102: Elección dun trastorno da conduta alimentaria, que non é nin anorexia nin bulimia, como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	205
Táboa 103: Elección de estar facendo unha dieta non axeitada como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	206
Táboa 104: Elección bulimia como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	207
Táboa 105: Elección anorexia como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	207
Táboa 106: Factores etiolóxicos dos TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	208
Táboa 107: Percepción da utilidade das vitaminas no tratamento dos TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	209
Táboa 108: Percepción da utilidade de distintas sustancias no tratamento dos TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17	209
Táboa 109: Recomendacións a alguén que ten un TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17.....	210
Táboa 110: Percepción das razóns polas que alguén que ten un TCA non pescuda axuda segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2015-16.....	210
Táboa 111: Percepción do diagnóstico en función do xénero.....	214
Táboa 112: Percepción da etiloxía dos TCA en función do xénero.....	214
Táboa 113: Percepción da definición dos TCA en función do xénero.....	215
Táboa 114: Percepción da utilidade de tratamentos en función do xénero.....	215
Táboa 115: Percepción do diagnóstico en función do xénero	215
Táboa 116: Percepción da etiloxía dos TCA en función do xénero.....	216
Táboa 117: Percepción da utilidade de tratamentos en función do xénero.....	216
Táboa 118: Valoración das características persoais das persoas con TCA en función do xénero.....	216
Táboa 119: Factores e causas que inflúen nos TCA segundo profesionais da Psicoloxía.....	227
Táboa 120: Factores e causas que inflúen nos TCA segundo profesionais do Traballo social	228
Táboa 121 Factores e causas que inflúen nos TCA segundo profesionais da Psiquiatría	229
Táboa 122: Síntomas dos TCA mencionados polos/as profesionais do Traballo Social	229
Táboa 123: Síntomas dos TCA mencionados polos/as profesionais da Psicoloxía	229
Táboa 124 Síntomas dos TCA mencionados polos/as profesionais da Psiquiatría.....	229
Táboa 125: Frecuencia dos termos, e expresións, usados para referirse aos TCA	237
Táboa 126: Número de mencións nos centros nos que son citados os TCA.....	238
Táboa 127: Número de centros de psicoloxía nos que son citados os TCA	239
Táboa 128: Número de centros de psiquiatría nos que son citados os TCA.....	239
Táboa 129: Termos e expresións usados para referirse aos TCA.....	240
Táboa 130: Características persoais asignadas ás persoas con TCA polos psicólogos/as	247
Táboa 131: Evolución do peso de Maria Callas e da valoración médica do mesmo.....	270

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representación gráfica do deseño concurrente baseado na anidación de técnicas usado nesta investigación.	32
Figura 2: Factores comúns que inflúen no resultado da terapia.....	88
Figura 3: Número de centros nos que aparecen mencionados os TCA.....	238





ABREVIATURAS

ATF – (*Bureau of Alcohol, Tobacco, Firearms and Explosives*) – Axencia do Alcohol, Tabaco, Armas de fogo e Explosivos.

ATFMG – Asociación de Terapia Familiar e Mediación de Galicia

CIA (*Central Investigation Agency*) - Axencia Central de Investigación

CIE (*International Illness Clasification*) - Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais

FBI (*Federal Boureau of Investigation*) - Oficina Federal de Investigación

FINIS (*The Framework Integrating Normative Influences on Stigma*) – Marco Operativo Integrado de Influencias Normativas en el Estigma.

MHL (*Mental Health Literacy*) - Alfabetización en Saúde Mental

MIR – Médico/a interno residente

MRI (*Mental Research Institute*) - Instituto de Investigación

OMS - Organización Mundial da Saúde

PIR – Psicólogo/a interno residente

RANZCP (*The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*) – Real Colexio de Psiquiatras de Australia e Nova Zelandia.

TA – Trastorno por atracóns

TCA - Trastornos da Conduta Alimentaria

TDAH – Trastorno por Déficit de atención e hiperactividade

USC – Universidade de Santiago de Compostela



INTRODUCCIÓN

Cabe destacar entre [os TCA] a gravidade da súa sintomatoloxía asociada, así como o elevado índice de cronificación. Por outra banda, a anorexia nerviosa representa a enfermidade mental máis letal, situándose os valores de mortandade despois dos 20 anos en torno ao 15%-20%, os máis altos de todas as psicopatoloxías. A isto hai que engadir que tan só recibe tratamento menos dun terzo das persoas con trastornos da conduta alimentaria¹.

María Calado (2011)

Toda investigación responde a unha serie de preguntas que prenden a curiosidade da persoa ou grupo que a leva a cabo. Despois de enfrontarme en multitude de ocasións á páxina en branco matinando en como dar inicio a este traballo, pareceume atinado comezalo expoñendo as inquedanzas que o motivaron, e facelo en forma de cuestións ou preguntas; xa que, dende que o lin, aínda resoa no meu maxín a advertencia que fixera Kant (1989) no sentido de que moitas veces poñemos en cuestión a adecuación ou inadecuación das respostas cando o que realmente faia é a formulación das preguntas.

Estas preguntas naceron da miña práctica profesional como traballador social nun Departamento de Servizos Sociais comunitarios municipais, e cristalizaron durante os catro anos de formación como terapeuta familiar. A miña vida laboral deixoume claro que a presenza da enfermidade mental nunha persoa e na súa contorna desataba, polo xeral, unha gran cantidade de sufrimento e dor. O momento do diagnóstico presentábase como un verdadeiro terremoto que removía os alicerces da seguridade cotiá na que soemos movernos. Por outra banda, este tipo de doenzas soe afectar a todo o sistema familiar, requirindo dun tipo de abordaxe de carácter holístico e multidisciplinar. Todo isto impón unha serie de dificultades nas intervencións, xa que estas se moven no plano da maior complexidade. É co ánimo de plantar unha semente que poida nutrirse e medrar a través de investigacións posteriores e ca propia aplicación que se poida realizar a través do traballo dos/as profesionais na intervención directa cas persoas diagnosticadas deste tipo de trastornos, que se presentan os resultados acadados nesta investigación.

Así pois, este traballo parte das seguintes preguntas:

- Cal é a percepción social que os/as profesionais da saúde teñen dos trastornos da conduta alimentaria?
- A devandita percepción, sofre algún tipo de evolución ao longo da formación e da vida laboral destes/as profesionais?
- Que significados levan aparellados estes trastornos para os/as profesionais?

¹ As citas literais que se poden atopar neste traballo foron traducidas ao galego, dende o idioma orixinal no que están escritas, polo autor desta tese a fin de facilitar a lectura á persoa lectora, así como para dar homoxeneidade a este texto.

- Esta percepción, pode chegar a influír dalgún modo na práctica profesional que estes traballadores/as levan a cabo?

Noutra orde de cousas, esta tese utiliza como marco teórico de referencia a teoría sistémica, na súa vertente constructivista. Neste sentido, e para non caer nalgúns dos posibles erros desta teoría sinalados por Hacking (2001), é dicir, non distinguir a construción como proceso, a saber, como algo que xorde ao longo do tempo (perspectiva diacrónica), da construción como resultado (perspectiva sincrónica), xa que logo vanse aplicar estas dúas perspectivas ao longo do traballo.

A tese iníciase ca exposición da metodoloxía que permitiu a realización da investigación obxecto deste traballo. No primeiro capítulo explícase como para dar resposta a todos os interrogantes expostos levouse a cabo unha investigación multimétodo, con estudantes e profesionais de tres disciplinas: psiquiatría², psicoloxía e traballo social. Na mesma indagouse sobre a percepción social dos trastornos obxecto de estudo e como esta pode afectar á práctica profesional que se leve a cabo para o tratamento destas doenzas.

Agora ben, se falamos de percepción Juan Luis Pintos sinala que “os imaxinarios sociais teñen unha función primaria que se podería definir como a elaboración e distribución xeralizada de instrumentos de percepción da realidade social construída como realmente existente”(Pintos, 1995, p. 11). De maneira que os imaxinarios convértese nos marcos de referencia que orixinan, informan e delimitan as percepcións que se teñen na sociedade deste tipo de trastornos, de aí a súa importancia. Os imaxinarios sociais axudarían, e posibilitarían, o manexo dos contextos de alta complexidade nos que nos movemos nas sociedades contemporáneas. A través da selección simplifícase a sociedade e perfíase a súa realidade e percepción. O mundo posmoderno caracterizaríase pola caída das grandes cosmovisións (*Weltanschauung*) artelladas en forma de sistemas teóricos pechados en si mesmos. A nova situación reclama análises de tipo complexo (Luhmann, 2007a; Morin, 2007), nos que se poidan facer explícitos os grandes paradoxos ou contradicións da nova racionalidade local e de carácter restrinxido. Luhmann di que “Unha teoría sociolóxica que pretenda consolidar as relacións propias do seu campo, non só ten que ser complexa, senón moito máis complexa comparada co que intentaron os clásicos”(1998a, p. 9). Por todo isto adicarase o segundo capítulo a expoñer a definición de imaxinario e percepción elixida para esta investigación e explícanse os distintos imaxinarios sociais que orientan as percepcións dentro da doenza mental.

A continuación, nos restantes capítulos da primeira parte iranse revisando as distintas dimensións que artellan a percepción social dos TCA, e que vertebran os resultados desta investigación. Darase comezo a este percorrido a través do acercamento á definición de enfermidade, e máis en concreto de doenza mental, para ver como estas foron sometida a dous procesos: un de sacralización e outro de medicalización. Daquela, vaise ir revisando como foron xurdindo ao longo do tempo e a construción social dos trastornos obxecto de estudo (ver capítulo 3). E como se foi medicalizando a mirada que se lles aplicaba, ata reducilos a entidades naturais de carácter esencialmente biolóxico, cando non simplemente xenético (ver capítulo 4). Este tipo de interpretación tamén afecta aos trastornos da alimentación dos que Hinojosa di que a súa percepción bascula entre “unha visión puramente médico-endocrina –máis ou menos ligada á xenética- nun extremo, e unha concepción culturalista, impregnada dunha psicoloxía dinámica que prescinde de todo factor biolóxico, no outro”(2009, p. 67). Para rematar mencionando unha postura mixta de tipo ecléctico.

De seguido, verase como os devanditos procesos de sacralización e medicalización tamén afectaron ao corpo (ver capítulo 5). Verase como o corpo foi adquirindo diversas significacións ao longo do tempo. Ata que na contemporaneidade foise configurando como unha estrutura susceptible

² Neste caso as técnicas utilizadas co alumnado leváronse a cabo co estudantado do grao de medicina xa que os psiquiatras son médicos/as ca especialización (MIR) en psiquiatría.

de proxectar os imaxinarios á sociedade. Polo que xorde un corpo cambiante, que traspasa os límites que antes lle impoñía a propia bioloxía e remata por adquirir a categoría dun instrumento que podemos moldear á nosa imaxe e semellanza, ata convertelo nun verdadeiro manifesto de intencións, unha fonte de identidade para as persoas. Pero que no caso das mulleres semella situar ás persoas nun espazo dominado por patróns de beleza u-tópicos e imposibles que as conducen a asumir condutas autodestrutivas. Este vínculo entre corpo e identidade será un elemento determinante da percepción que dos TCA teñen os/as profesionais. Por outra banda, o corpo vese transpasado polo imaxinario do corpo sexuado que introduce o xénero como variable, que como se verá nos resultados do estudantado alcanza unha grande potencia explicativa en relación á percepción dos trastornos que se investigaron.

No sexto capítulo da primeira parte revísanse as aportacións feitas pola investigación en relación ao papel dos medios de comunicación na percepción dos TCA. Estas concrétnanse na imaxe que se transmite das persoas nos medios que, por unha banda historicamente adopta a forma de estereotipos, e, por outra banda, ven de alzar a categoría de canon de beleza. Un canon inalcanzable e que pode funcionar como factor de risco se falamos dos TCA, algo que é sinalado tanto polos/as profesionais como polo estudantado nos resultados desta investigación.

Nun traballo que reflicte os achados dunha investigación en relación aos TCA non se podía deixar de indagar sobre a alimentación. Pero a alimentación considerada como fenómeno social total o que permite unha mirada á alimentación como proceso que se carga de significados morais. Aínda que, a moralización do fenómeno alimentario é máis clara cando diriximos a mirada á obesidade e a graxa, aspectos totalmente denostados e estigmatizados nas nosas sociedades contemporáneas (ver capítulo 7). E como se ven anunciando, de novo, a medicina amplía os seus tentáculos ata incluír a alimentación convertindo os alimentos en nutrimentos en mans da profesión médica que indica cando, como e que comer. E mesmo, cando alguén está tan delgado que pode ser ingresado nun hospital en contra da súa vontade. Isto anuncia un dos principais significados que artellan a percepción do estudantado e dos/as profesionais, isto é, o control. Significado que permite explicar a etioloxía dos TCA a través dos “xogos” que se establecen entre o control e o descontrol; por outra banda, fala dos tratamentos levados a cabo: control do peso, da cantidade de alimentos ingerida, control para previr o uso de diuréticos ou laxantes, o control do espazo mediante ingresos, etc.

O comentado no parágrafo anterior anuncia, dalgún xeito, que a conduta alimentaria pode abrir a porta á estigmatización das persoas que sexan incluídas dentro dos TCA. É por iso que se dedica o capítulo oitavo a explicar o que nos di a investigación en relación ao estigma asociado á doenza mental e a ver si esta afecta aos TCA ou resérvase á denominada doenza mental grave (esquizofrenia, bipolaridade, etc.). E, por suposto, deberase explicar se a investigación ten demostrado que o estudantado e os profesionais de disciplinas vencelladas coa saúde están afectados polo estigma ou non o están. Prestando, asemade, atención aos sentidos utilizados para a construción da percepción dos TCA, xa que estes informan a imaxe do canon social que se encarna nos corpos das persoas, asunto este que se repite todo ao longo dos grupos de discusión e entrevistas realizadas.

Para pechar a primeira parte deste traballo, inclúese un capítulo no que se lle presta atención á socialización das chamadas disciplinas Psy (ver capítulo 9). Neste apartado veranse as relacións que se poden establecer entre as distintas disciplinas e que estas moitas veces adoptan a forma do conflito en función de loitas de poder e na pescuda da lexitimación da propia profesión e os seus roles sociais.

No capítulo décimo empeza a segunda parte deste traballo. Nela levarase a cabo a exposición dos resultados desta investigación. Esa segunda parte iníciase cos resultados obtidos co estudantado a través dunha enquisa e a realización de tres grupos de discusión (ver capítulo 10 a 14). No que atinxe ao estudantado revisárase a súa percepción dos TCA: definición, etioloxía, tratamento, estigma, etc. Asemade, prestarase especial atención a dúas variables que adquiriron importancia ao

longo do traballo de campo como son a experiencia da enfermidade e o xénero. Destácase o feito da homoxeneidade do discurso do estudantado das tres disciplinas e o feito de que de xeito moi temperá fan aparición os significados que artellan o resto da investigación, mesmo cos profesionais. Eses significados interpretan os TCA a partir da noción de control, obsesión e adicción. Sendo complementados polo papel desenvolvido polos medios de comunicación -en concreto-, pola publicidade e o patrón de beleza imperante nas sociedades contemporáneas.

Do capítulo quince ao capítulo dezanove expóranse os resultados obtidos dos/as profesionais mediante entrevistas en profundidade e a análise da publicidade levada a cabo nos centros de tratamento dos TCA. Nesta parte da tese sinaláranse os imaxinarios sociais que orientan a percepción dos TCA das persoas profesionais, así como os significados que fan agromar nos trastornos obxecto de estudo. Verase como de novo fan aparición: o control, a obsesión, a adicción, os medios e o canon de beleza para complementarse co papel asignado ao tempo. Verase como de novo o estigma vai asociado aos TCA. Este bloque de capítulos rematan con dous capítulos (18 e 19) que inclúen os elementos para a comprensión do papel asignado ao corpo dentro da percepción dos TCA e a exposición das relacións establecidas entre os distintos profesionais nos equipos de intervención así como os conflitos que as regulan.

Dase por pechada a segunda parte deste traballo cun estudo de caso, en concreto, o devandito estudo amosa as alteracións alimentarias da soprano Maria Callas e como estas afectaron, á súa imaxe en particular e á súa vida en xeral.

Por outra banda, a investigación que reflicte este traballo partiu de dúas hipóteses. Unha delas concrétese no predominio do imaxinario biomédico que orientaría a percepción dos trastornos mentais asimilándoos ao resto de enfermidades. Isto reduciría a riqueza de dimensións que de por si leva aparellada a doenza mental, amputando os seus matices sociais e culturais. Polo que se reflexa unha percepción reducionista e falta da complexidade que o propio fenómeno da enfermidade mental ten de seu.

Por outra banda, estaría a hipótese da evolución da percepción social dos TCA, é dicir, o cambio que se iría producindo na mesma segundo avanza a formación dos estudantes e os/as profesionais van adquirindo experiencia laboral.

I PARTE: MARCO DE REFERENCIA





CAPÍTULO 1

METODOLOXÍA

A complexidade da realidade social ofrece campo suficiente para a aplicación conxunta das potencialidades ou puntos fortes das técnicas cuantitativas e cualitativas, de xeito que a imaxe obtida resulte menos simplificadora da que se obtería utilizando unha soa das perspectivas. *A priori*, o uso da articulación metodolóxica permite realizar aproximacións ou modelos máis profundos e elaborados, que reflicten mellor a complexidade dos feitos da realidade social que desexan tratarse.

Joan M. Verd e Pedro López (2008)

Dado o tipo de investigación que se levou a cabo considerouse que o deseño máis axeitado tería que vir enmarcado pola *investigación multimétodo* (Hunter e Brewer, 2003; Brewer e Hunter, 2006), *diseños multimétodo* (Tashakkori e Teddlie, 2003) ou *diseños de métodos mixtos* (Morse, 2003). Como din Verd e López (2008) sobre esta estratexia, unha das dificultades actuais é a indefinición terminolóxica e falta de homoxeneización total da mesma por parte dos diferentes autores. Así algúns destes especialistas sitúan este tipo de deseños nunha simple mestura (triangulación) das dúas metodoloxías clásicas³. Mentres que outros os caracterizan por fusionar as devanditas metodoloxías nun *continuum* de maior a menor intensidade. En calquera caso, este tipo de investigación adopta un deseño baseado na estratexia de utilizar conxuntamente a metodoloxía cuantitativa e cualitativa, con todo o que iso implica na mestura de estratexias, deseños e métodos (Alvira e Serrano, 2015).

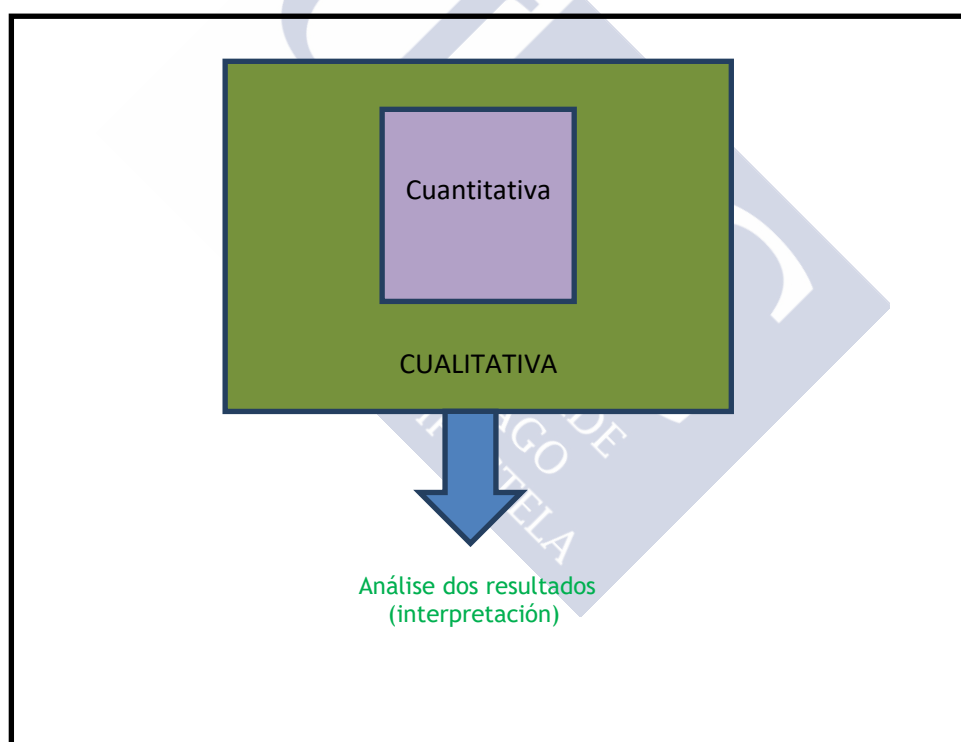
Á súa vez, dentro desta estratexia, aplicouse unha modalidade de articulación denominada *complementación concurrente baseada na triangulación*. Isto implica o uso dun deseño que “ten como obxectivo principal a confirmación dos achados ofrecidos por dúas técnicas diferentes. Búscase, polo tanto, a converxencia dos resultados, a partir de métodos implementados de forma independente nunha soa fase; posteriormente os datos obtidos intégranse no momento da interpretación” (Verd e López, 2008, p. 23). Seguindo a Callejo e Viedma (2006) os resultados, son valorados coa participación das persoas participantes. Así, pois, o traballo de campo iniciouse ca

³ Verd e López (2008) advirten que o uso do deseño multimétodo implicaría só o uso da triangulación de métodos definida por Denzin (1989). Aínda que, estes mesmos autores, sinalan que, en calquera caso a triangulación estaría plenamente asentada neste tipo de deseños que funcionan como estruturas nas que encaixan os tres tipos de triangulacións adicionais definidas por Denzin (1989).

aplicación dos cuestionarios (ver anexo I); unha vez detectados algúns resultados dos mesmos introducíanse nos grupos de discusión, que se estaban facendo, de xeito paralelo co alumnado. Por outra banda, outros dos resultados das entrevistas aos profesionais foron valorados nas entrevistas realizadas *a posteriori*.

A partir de 2003 (Verd e López, 2008) acéptase pola comunidade científica a especificidade deste tipo de deseño, diferenciándose polas súas características dos estritamente cuantitativos ou cualitativos. Isto permite o uso da metodoloxía cuantitativa, que nos proporcionou as uniformidades do noso obxecto de estudo, a distribución da poboación participante. Sumada á metodoloxía cualitativa que permitiu o acceso aos significados e símbolos construídos e mediados socialmente (percepcións, estereotipos, opinións, prexuízos, etc.) facilitando unha descrición complexa e profunda dos mesmos. É dicir, a mestura de ambas metodoloxías produce unha serie de sinerxías que enriquecen as narrativas que describen e explican os resultados, o que se considera máis respectuoso cara a complexidade mostrada en xeral pola realidade social, e en particular, polo noso obxecto de investigación. O que, á súa vez, impón o que nos deseños multimétodo denomínase a *anidación de técnicas*, é dicir, darlle prioridade a una das metodoloxías clásicas no deseño e no propio traballo de campo (ver figura 1).

Figura 1: Representación gráfica do deseño concorrente baseado na anidación de técnicas usado nesta investigación



Fonte: Adaptado de Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage.

En canto ao paradigma utilizado esta investigación inscríbese no paradigma sistémico constructivista, xa que se considera que este aporta varias vantaxes. En primeiro lugar, como di Cockerham falando da socioloxía da saúde mental, este é na actualidade “a perspectiva teórica dominante no Reino Unido, aínda que o seu uso estase expandindo paseniño aos Estados Unidos” (Cockerham, 2013, p. 5). Por outra banda, o constructivismo reclámase como un dos posibles paradigmas a utilizar na investigación multimétodo (Creswell, 2009). E finalmente, a amplitude do paradigma constructivista permite respectar a complexidade como idea regulativa, e moverse entre

as tres disciplinas obxecto de estudo, xa que é usado tanto na psicoloxía, como na psiquiatría e o traballo social.

1.1. OBXECTIVOS DE INVESTIGACIÓN

Obxectivo xeral

Estudar a evolución da percepción dos trastornos da conduta alimentaria dos profesionais da saúde (psiquiatras, psicólogos/as e traballadores/as sociais) en Galicia e a súa influencia sobre a práctica profesional.

Obxectivos específicos

1. Analizar os principais significados asignados aos trastornos da conduta alimentaria, por parte dos citados profesionais e estudantes.
2. Identificar e describir, o/os imaxinario/s sociais que orientan e xustifican a percepción dos trastornos da conduta alimentaria dos profesionais e estudantes obxecto desta investigación.
3. Estudar a influencia da percepción destes trastornos na práctica profesional.
4. Describir a evolución da percepción do rol profesional destes profesionais e como esta pode afectar á práctica profesional.
5. Identificar a posible presenza do estigma e de nocións de carácter moral na percepción dos trastornos obxecto de estudo.
6. Describir a percepción dos profesionais obxecto de estudo en relación ao diagnóstico e intervención coas persoas cun diagnóstico de TCA; así como identificar as dimensións que inflúen nas relacións entre os/as profesionais e profesionais-doentes (o poder, o saber, a coordinación, a xerarquía, etc.).
7. Describir e interpretar, o papel asignado polos profesionais ao corpo, na percepción dos TCA.
8. Identificar e analizar, o papel que os profesionais asignan aos medios de comunicación na súa percepción dos trastornos obxecto de estudo.

1.2. DESEÑO DE INVESTIGACIÓN

Ao abeiro dos deseños multimétodo fíxose uso de varias técnicas para a obtención de datos. Considérase que nunha investigación destas características, a metodoloxía cualitativa é máis acaída ao obxecto de investigación estudado; xa que como sinalan Bernard, Wutich e Ryan, esta metodoloxía sería a máis axeitada para o estudo da “interacción de estados internos, como percepcións, actitudes, crenzas, valores e estados de humor (*mood*)” (2017, p. 28), así como as interaccións que estes estados poden establecer cos estados externos e o contorno social. Sendo así, a metodoloxía cualitativa ocupa a cerna desta investigación e complementa os datos ofrecidos a través da metodoloxía cuantitativa, asumíndose a estratexia denominada *embedded* (Caracelli e Greene, 1997; Creswell, 2009; Creswell e Plano, 2011). A asunción desta estratexia implica a preeminencia dunha das metodoloxías que é a que debería de proporcionar a orientación principal dentro dunha investigación (ver figura 1).

1.2.1. Metodoloxía cuantitativa

A investigación iniciouse ca utilización da metodoloxía cuantitativa mediante a realización dunha enquisa ao estudantado de tres graos: psicoloxía, traballo social e medicina⁴. O ámbito de realización desta enquisa foi a Comunidade Autónoma de Galicia. Isto, na práctica, significa utilizar

⁴ Tómanse o alumnado de medicina como representantes da carreira profesional que os levará a converterse en psiquiatras co paso do tempo.

como universo de referencia o estudiantado de psicoloxía, traballo social e medicina da Universidade de Santiago de Compostela; máis o alumnado de traballo social da Universidade de Vigo no seu campus de Ourense.

Para a extracción de datos que permita a realización da enquisa utilizouse como instrumento o cuestionario. Os cuestionarios aplicados baséanse na estratexia da Alfabetización en Saúde Mental (MHL, *Mental Health Literacy*). A MHL foi definida por Anthony Jorm como “o coñecemento e crenzas sobre os trastornos mentais que axudan ao seu recoñecemento, xestión ou prevención” (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers e Pollitt, 1997, p. 182). Esta estratexia comezouse a aplicar en Australia por Jorm, e o seu equipo de investigación, cara mediados da década dos 90. Este equipo de investigación deseñou a MHL para a investigación do grao de coñecementos da poboación en xeral e dos/as profesionais sobre saúde mental. Andando o tempo, distinguíranse unha serie de dimensións dentro da MHL, como son (Jorm, 2000, 2011):

- O coñecemento de como previr os trastornos mentais.
- A capacidade de recoñecer os indicios de que algunha doenza mental se pode estar desenvolvendo; baseado nas actitudes, crenzas e estigma que afectan a esa capacidade.
- O coñecemento, crenzas e estigma que afectan ás opcións de pescuda de axuda e dos tratamentos dispoñibles, en cada caso.
- Habelencias de levar a cabo medidas de primeiros auxilios con persoas que están desenvolvendo un trastorno mental ou que están nun momento de crise.

En 1996 Pescosolido, dentro da MHL, definiu o estigma como “patróns construídos socialmente para tomar decisións” (1992, p. 1096), dado que enfoca o concepto, sobre todo, ao proceso de toma de decisións na procura de axuda profesional. Inicia daquela unha “longa carreira de investigación sobre como o estigma asociado ás doenzas mentais media na percepción que temos delas” (Torres, 2016, p. 54). A utilización desta estratexia considérase que dota de dous beneficios a esta investigación. Por unha banda, aporta definicións técnicas de conceptos como o estigma; definicións que foron contrastadas polas diferentes realizacións de investigacións dentro da MHL dende hai anos. Por outra banda, o seu uso permitirá a comparación dos resultados desas investigacións cos do presente traballo.

Os cuestionarios deseñados son os típicos da MHL, é dicir, os cuestionarios utilizados por parte desta estratexia de investigación adoitan mostrar ao inicio dos mesmos o que se denomina unha *viñeta clínica* (ver anexo I). Unha *viñeta clínica* é o relato ficticio da conduta dunha persoa, que non é real, na que se aportan os datos que permitirían diagnosticar unha determinada doenza mental. No caso desta investigación utilizáronse dous tipos de cuestionarios. Un deles describe a situación dunha persoa que ten anorexia, e o outro o dunha persoa que ten bulimia. As *viñetas clínicas* foron revisadas e supervisadas por cinco profesionais: os dous directores desta tese, tres profesoras de universidade de Traballo social, unha profesora de universidade de Socioloxía e unha psiquiatra con ampla experiencia clínica. A partir dese momento o resto das preguntas do cuestionario artéllanse arredor da descrición contida na *viñeta clínica* o que se considera que permite a este investigador dar un paso atrás e investigar realidades como o estigma dun xeito que evita determinados sesgos.

Os cuestionarios (ver anexo I) organízanse nunha presentación e dúas partes diferenciadas nos mesmos:

- A presentación encadra a investigación no seu contexto institucional, infórmase do obxecto de estudo, agrádese a participación e infórmase da garantía do sigilo e da ética do investigador/a.
- Na primeira parte, atópanse as preguntas sobre o perfil sociodemográfico do enquisado/a.
- Na segunda parte, atópase a devandita *viñeta clínica*. De seguido atópanse as preguntas sobre o diagnóstico da situación explicada, asignación de causas, tratamentos, os perfís profesionais

recomendados para tratala e as preguntas para a valoración do nivel de estigma. O cuestionario péchase con dúas preguntas sobre a percepción do nivel de información sobre os TCA; e o seu grao de confianza da persoa enquisada na súa capacidade para implementar un tratamento eficaz cunha persoa cun TCA.

Sinalar que, considerando que o xénero pode exercer un importante papel nos resultados desta investigación, as *viñetas clínicas* foron duplicadas, á súa vez, en función da devandita variable. Noutras palabras, aplicouse a metade dos cuestionarios que se correspondían ca *viñeta clínica* da anorexia, pero á súa vez, esta duplicouse correspondendo o 25% á situación dunha persoa á que se lle adxudica un nome de muller, e o 25% restante se lle aplica o nome dun home. O mesmo que se fará a continuación ca *viñeta clínica* da bulimia ata completar o total dos cuestionarios utilizados. Existen pois catro modelos de cuestionario: un cunha viñeta clínica cun caso dunha muller con anorexia, outro dun home con anorexia, outro dunha muller con bulimia e finalmente, un dun home con bulimia. O que supón que cada un deles corresponderíase co 25% dos cuestionarios aplicados.

A fin de testar o instrumento fíxose un *pretest*, pasando a versión inicial do mesmo a un total de 81 estudantes. Os suxeitos do *pretest* divídense en 63 estudantes do grao en traballo social da Universidade de Salamanca; e 18 estudantes do grao en ciencias políticas e da administración da USC. A resultados das suxestións feitas polo estudantado mudáronse de sitio algunhas preguntas a fin de facilitar a comprensión das cuestións propostas nos cuestionarios. O resto da maquetación e da redacción das cuestións presentadas non ofrecía dificultades ás persoas participantes, polo que non se modificaron.

Os cuestionarios foron pasados ao alumnado dos devanditos graos dúas veces. A primeira vez cara finais do curso 2015-2016, cando o estudantado estaba a piques de rematar o seu primeiro curso de carreira. Nesta aplicación dos cuestionarios o alumnado dividíase como se pode ver na táboa 1.

Táboa 1: Alumnado participante na enquisa no curso 2015-2016

Grao	Número de alumnos/as participantes
Psicoloxía	96
Traballo social ⁵	95
Medicina	227
TOTAL	418

No segundo pase de cuestionarios levado a cabo a finais do curso 2016-2017, é dicir, a finais do segundo ano de formación destes mozos/as, o número de cuestionarios pasados –e a súa distribución en función do grato de estudo- pode verse na táboa 2.

Táboa 2: Alumnado participante na enquisa no curso 2016-2017

Grao	Número de alumnos/as participantes
Psicoloxía	95
Traballo social	58
Medicina	232
TOTAL	385

1.2.2. Metodoloxía cualitativa

A continuación faise un percorrido polas técnicas usadas dentro desta metodoloxía para a obtención dos datos. Ao mesmo tempo xustifícase o uso das mesmas en función das súas características metodolóxicas, obxectivos, etc.

⁵ Sempre que se fale do alumnado de traballo social inclúe tanto o pertencente á USC como o da Universidade de Vigo, no campus de Ourense.

1.2.2.1. Os grupos de discusión

Se o mundo social está mediado por significados que o modifican (Berger e Luckmann, 1984), e se a interacción social é o espazo no que se confiren significados e se desenvolven os fundamentos das opinións e o comportamento (Barbour, 2013), o uso do grupo de discusión sería, segundo a literatura especializada en metodoloxía, a técnica que permite acceder a eses niveis de significado.

Nos grupos de discusión búscase o discurso, é dicir, “un anaco de linguaxe –pertencente á dimensión da fala-, posto en acción: é a fala considerada desde o contexto existencial” (Ibáñez, 1992, p. 136). Este discurso masivo, que como sinala Ibáñez (1992), contén todas as interaccións e transaccións que transitan pola comunicación social, ven a representar o discurso da opinión pública. É pois, “o centro de atención e a presa que hai que capturar” (Ibáñez, 1992, p. 137).

Trataríase de obter

un produto discursivo aberto a todos os sentidos e/ou percorridos, o que en definitiva redonda nun *preciosismo* non exento de rigor e utilidade práctica, posto que iso permite ao investigador desprenderse das redes previas de significación que sempre tenden a un excesivo reduccionismo e simplificación por influencia e apremio relacionados cos obxetivos da investigación e idiosincrasia do investigador (Gutiérrez, 2014, p. 23).

O grupo como técnica basearíase na creación durante o traballo de campo dun contexto dialóxico que permite recrear ou re-construír o discurso social por parte do investigador (Anderson, 2012; Gutiérrez, 2014), convertido na posmodernidade nunha peza do sistema social que participa da propia situación de investigación dende á súa posición de observador de segunda orde.

Un discurso conversacional que, por outra banda, excede o puramente lingüístico xa que abrangue ademais o “acto mesmo da relación conversacional, o acto de presentación e manifestación do outro en canto outro”(Gutiérrez, 2014, p. 34). O que excede a connotación e a denotación, ata facer que se deba incluír a comunicación non verbal dos suxeitos e a carga de profundidade da información e significado que esta leva aparelada (Watzlawick, Beavin e Jackson, 2006).

Conque, fíxose un grupo de discusión por cada unha das disciplinas mencionadas anteriormente. Os grupos estiveron formados por oito estudantes. Estes grupos permitiron profundar e complementar os resultados obtidos nos cuestionarios, xa que os membros destes grupos forman parte das persoas que participaron previamente na enquisa. O traballo de campo en relación a estes grupos explicárase na última sección deste capítulo.

1.2.2.2. As entrevistas en profundidade

A elección desta técnica pódese xustificar dado que, como sinala Alonso, esta técnica é a axeitada para a investigación das representacións sociais individuais; así como para o estudo da interacción entre as “constituções psicológicas persoais e condutas sociais específicas”(Alonso, 2003, p. 77). Ao que se suma que Verd e Lozares maticen que: “Unha primeira situación de investigación que xustifica plenamente o uso de entrevistas cualitativas prodúcese cando a nosa pregunta de investigación interésase por feitos non directamente observables, xa sexa porque transcorreron no pasado, xa sexa porque se trate de representacións, imaxinarios ou opinións” (2016, p. 150).

Ao explicado no anterior parágrafo únese o feito de que, como sinalan algúns autores, para acceder á dimensión colectiva das representacións sociais pódese facer uso dos grupos de discusión, pero si buscamos a dimensión diacrónica individual, sería máis axeitado facer uso das entrevistas en profundidade (Alonso, 1994). Pódese acceder así ao “discurso dos estereotipos (...), isto é, como as

formas construídas de marcaxe e recoñecemento social (...) encadran a conciencia do falante” (Alonso, 1994, p. 227).

A derradeira razón que xustificaría a elección desta técnica é a accesibilidade ás persoas participantes. As entrevistas fixéronse con profesionais en activo da sanidade, tanto pública, como privada. Debido aos horarios destas persoas o feito de organizar grupos complicaría excesivamente a conciliación de datas e horarios para a aplicación desta técnica.

Fixéronse seis entrevistas por cada unha das disciplinas estudadas nesta investigación. Por conseguinte, leváronse a cabo dezaioito entrevistas en total a profesionais das disciplinas obxecto de atención nesta investigación (ver a sección final deste capítulo). As entrevistas foron de tipo desestruturado e cunha duración aproximada de hora e media cada unha.

1.2.2.3 A análise de contido

A fin de coñecer que imaxe proxectan os/as profesionais sobre os TCA á sociedade a través da publicidade que fan das súas consultas ou clínicas nos medios de comunicación, levouse a cabo unha análise de todas as páxinas webs dos centros de atención psiquiátrica e psicolóxica das sete grandes cidades de Galicia. Tamén se revisou a publicidade que se puido localizar nas *Páxinas galegas* e nas *Páxinas amarelas*. Á súa vez, para a análise dos datos obtidos fíxose uso da técnica das *palabras-clave-en-contexto* (KWIC, *Key-Word-in-Context*; Bernard, Wutich e Ryan, 2017).

1.2.2.4. Métodos visuais

Ao abeiro da Socioloxía visual xurdida na década dos sesenta do século pasado da man de Douglas Harper (Banks, 2010; Harper, 2015) inclúense nesta investigación este tipo de métodos. Algúns autores argumentan que o carácter oculocéntrico da sociedade occidental posmoderna pode ter consecuencias metodolóxicas se non se ten en conta esta idiosincrasia por parte das ciencias sociais. Por exemplo, Banks advírtenos de que “Para o investigador social interesado na visualidade (a construción e uso sociais da visión) é irónico que as ciencias sociais, como a maioría das restantes polas do estudo académico, sexan profundamente logocéntricas, preferindo a palabra á imaxe á hora de presentar os seus achados”(2010, p. 35). En calquera caso, algún autor xa argumentou que esta hexemonía da vista é especialmente notoria na publicidade (Jenks, 1995). Todo isto xustifica e explica, que deba prestárselle especial atención ó sentido da vista como construtor da percepción dos TCA. Neste sentido, na revisión da publicidade comentada no epígrafe anterior, centrouse tanto no contido verbal como no visual.

A aplicación deste tipo de métodos nesta investigación aproveita a estratexia utilizada por Gold (1991) nunha das súas investigacións de socioloxía visual; e que, segundo Banks, levouno a atopar varios “estereotipos relacionados cun límite étnico “interno” entre as persoas de etnia vitenamita e os chinos-vietnamitas”(2010, p. 96). Así pois, ao longo das entrevistas e grupos fíxose uso de dúas fotografías. As dúas imaxes correspóndense con imaxes tomadas polo redactor deste traballo a dúas persoas coas que traballei ao longo da miña vida laboral. Unha correspóndese ca imaxe dunha rapaza de 27 anos cunha anorexia e unha evidente perda de peso. A outra amosa a imaxe dun rapaz de 30 anos cun problema vencellado á vigorexia. Nas imaxes púxose especial coidado en que as persoas mostrasen un xesto neutro na faciana, para non dirixir a asignación de significado ligado á presenza dalgún tipo de emoción nas persoas participantes nesta investigación.

Na análise dos resultados deste tipo de métodos prestouse especial atención as descrições feitas polas persoas participantes do físico, a imaxe e o corpo das persoas das fotografías. Asemade, tívose en conta o feito de que significados eran asignados a cadansúa persoa, así como a posibilidade de aparición de valoracións morais nas descrições realizadas.

1.2.2.5. O estudo de caso

Levou a cabo un estudo de caso encadrado na tipoloxía instrumental (Stake, 2013). Este tipo de casos son usados cun “interese secundario, ten unha función de respaldo e facilita o noso entendemento de algo máis (...). Aquí, a elección do caso faise para progresar no entendemento dese

outro interese”(Stake, 2013, p. 159). Aplicando outro tipo de clasificación (Coller, 2000) estaríamos a falar dun caso histórico —é dicir, sucedido no pasado—, e exploratorio, noutras palabras, de tipo descriptivo; e que segue o ronsel do tipo de investigacións levadas a cabo pola primeira Escola de Chicago da socioloxía, e por precursoras do traballo social como Jane Addams e Mary E. Richmond.

Neste caso elisiuxe levar a cabo unha análise das condutas alimentarias da soprano grega-americana Maria Callas. Este caso permite observar a influencia da imaxe, e da imaxe pública en concreto, na década dos cincuenta, e sesenta, cando aínda non estaba asentado o canon de beleza actual (Toro, 2015). Por outra banda, a figura desta cantante permite facer un seguemento exhaustivo das súas oscilacións de peso e das súas condutas alimentarias.

1.3. O MOSTREO

No caso da realización da enquisa decídese utilizar un mostreo non probabilístico. Aínda que este tipo de mostreo sexa típico da metodoloxía cualitativa, na investigación multimétodo “Pode ser usados en estudos de orientación cualitativa e cuantitativa e é bastante común en estudos multimétodo” (Kemper, Stringfield e Tiddlie, p. 280). A anidación reclama a preeminencia da abordaxe cualitativa e a través do intento de maximización do tamaño da mostra usada preténdese “profundar na información”(Cea D’Ancona, 2001, p. 180), e non tanto alcanzar unha representatividade estatística. Por outra banda, como di Cea D’Ancona, baseándose en ideas de Sieber “Os resultados da enquisa poden ser explicados e validados mediante materiais cualitativos” (2012, p. 201).

Dentro do mostreo non probabilístico decídese utilizar un mostreo por cuotas, caracterizado segundo Cea D’Ancona porque “aínda que o azar interveña nas fases iniciais do deseño mostral (...), a selección dos elementos concretos da poboación é totalmente arbitraria. É o propio investigador quen elixe ao entrevistado, en calquera momento e lugar (...). A única condición que se lle impón é que a persoa se axuste ás cuotas fixadas polo equipo investigador” (Cea D’Ancona, 2001, p. 198). Neste caso dada a diferenza de matrícula entre os tres graos investigador considérouse importante garantir un reparto que revelase a posición social dos suxeitos investigados.

No caso da metodoloxía cualitativa usárase o mostreo característico da mesma, é dicir, o mostreo non probabilístico. Asumiuse como estratexia de elección das persoas participantes o que Gorden (1987) denomina os tipos polares, é dicir, a articulación de binomios significativos de carácter contrario: alto-baixo, bo-malo, etc. O que por outra banda, considérase que axuda á hora de alcanzar a representación socioestrutural ou tipolóxica que caracteriza á metodoloxía cualitativa, dotando de relevancia ás posicións discursivas das persoas participantes.

En concreto, para o deseño dos grupos de discusión aplicárase un mostreo entrelazado (Flick, 2014), é dicir, os participantes nos grupos pertencen aos estudantes que participaron previamente na enquisa. O deseño da mostra fíxose en función dos seguintes marcadores: grao que están a estudar, xénero, idade, tamaño do hábitat e o feito de haber pasado pola experiencia persoal dunha doenza mental; ou ter ou non, algún familiar ou persoa próxima afectada por algún destes tipos de diagnósticos. Realizáronse tres grupos, un por cada un dos graos seleccionados (ver táboa 6).

Para a realización das entrevistas aplicouse un mostreo intencional estratificado (Miles e Huberman, 1994). Os marcadores elixidos serán os mesmos que os sinalados para levar a cabo o mostreo dos grupos de discusión: xénero, idade, tamaño do hábitat e o feito de haber pasado pola experiencia persoal dunha doenza mental; ou ter ou non, algún familiar ou persoa próxima con este tipo de diagnósticos; a estes marcadores, engadiuse, no caso dos/as profesionais, os anos de experiencia da persoa, ou o feito de carecer dela. E tamén se incluíu o feito de traballar no sector público ou privado. Os casilleiros tipolóxicos resultantes das entrevistas cualitativas levadas a cabo poden cosultarse nas táboas, 3, 4 e 5. Por outra banda, o xeito de codificación elixido para a

identificación das entrevistas pode atoparse na sección 1.5 deste capítulo, onde se explican os pormenores do traballo de campo para a realización desta investigación.

Táboa 3: Casilleiro tipolóxico das entrevistas dos/as profesionais da psicoloxía entrevistados/as

	Nº Entrevistas	P.01 ⁶	P.02 ⁷	P.03	P.04	P.05 ⁸	P.06
SEXO							
Home	1						X
Muller	5	X	X	X	X	X	
IDADE							
0-30	-						
31-50	4	X		X	X	X	X
51...	1		X				
FAMILIARES							
SI	3	X	X	X			
NON	3				X	X	X
EXPERIENCIA							
0-10	3	X		X	X		
11-20	2					X	X
21 ou máis	1		X				

Táboa 4: Casilleiro tipolóxico das entrevistas dos/as profesionais do traballo social entrevistados/as

	Nº Entrevistas	TS.01	TS.02 ⁹	TS.03 ¹⁰	TS.04 ¹¹	TS.05	TS.06
SEXO							
Home	2	X					X
Muller	4		X	X	X	X	
IDADE							
0-30	-						
31-50	3			X	X		X
51...	3	X	X			X	
FAMILIARES							
SI	3	X	X	X			
NON	3				X	X	X
EXPERIENCIA							
0-10	3			X	X	X	
11-20	2	X					X
21 ou máis	1		X				

⁶ Esta persoa é psicóloga e educadora social. Ademais estando estudando na USC tivo unha amiga con anorexia e outra con bulimia.

⁷ Esta persoa, ademais de psicóloga é traballadora social e avogada.

⁸ Esta profesional traballou con TCA, tanto no ámbito público como privado e fixo a tese sobre estes trastornos.

⁹ Traballa con TCA en atención primaria de saúde.

¹⁰ Traballa con TCA en atención primaria de saúde.

¹¹ Esta profesional pasou ela mesma por unha anorexia na súa xuventude.

Táboa 5: Casilleiro tipolóxico das entrevistas dos/as profesionais da psiquiatría entrevistados/as

	Nº Entrevistas	M.01 ¹²	M.02	M.03	M.04	M.05	M.06
SEXO							
Home	3	X	X			X	
Muller	3			X	X		X
IDADE							
0-30	-						
31-50	4	X	X	X	X		
51...	2					X	X
FAMILIARES							
SI	2		X		X		
NON	4	X		X		X	X
EXPERIENCIA							
0-10	2			X	X		
11-20	1	X					
21 ou máis	3		X			X	X

1.4. A CALIDADE DA INVESTIGACIÓN

Como é sabido, na metodoloxía cuantitativa a calidade da investigación ven garantida por un deseño correcto e axeitado que produce a fiabilidade, obxectividade e transferibilidade dos resultados; que penden en última instancia, dos criterios clásicos de validez e fiabilidade (Valles, 2007).

A metodoloxía cualitativa carece da existencia dun deseño inmóbil e fixado ao principio da investigación dunha vez para sempre. Esta metodoloxía usaría, xa que logo, un tipo de

visión circular da investigación. As decisións de deseño tómanse ao longo do estudo. Durante o *traballo de campo*¹³ cabe a reformulación do problema das preguntas de investigación e ten lugar unha *análise preliminar*. Todo o cal pode levar a modificar as decisións mostrais iniciais. Tal é o carácter *iterativo, continuo, emerxente e flexible* ao que se fai referencia (Valles, 2014, p. 76).

Este tipo de deseño coñécese como deseño emerxente (Valles, 2007), iterativo, continuo (Rubin e Rubin, 2012) ou flexible (Marshall e Rossman, 1989). É por iso que no caso da metodoloxía cualitativa a ética debe ser aínda máis rigorosa, se cabe, que a que rexe a metodoloxía cuantitativa.

Daquela a fin de garantir a ética na metodoloxía cualitativa aplicada nesta investigación fíxose uso das seguintes estratexias:

- A credibilidade: garantida neste caso pola triangulación, tanto de técnicas, de metodoloxías, como teórica. E a contrastación dos datos e evolución da investigación con persoal investigador independente.
- A tranferibilidade: garantida por un mostreo cualitativo axeitado.
- A dependibilidade: garantida pola facilitación das transcricións, guións e de calquera outra documentación que permita seguir a pista do traballo realizado.

¹² Traballa nunha unidade especializada de tratamento dos TCA.

¹³ As cursivas destacadas nesta cita atópanse no orixinal.

A aplicación da triangulación nas súas diferentes modalidades abre a posibilidade de acceso ao que Jick denomina *validación cruzada* (Cea D'Ancona, 2001). Un elemento máis que garante a validez dos resultados.

Garantiuse tamén, a privacidade, confidencialidade e o consentimento da información e os datos das persoas participantes na investigación. Así como, o cumprimento da Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD).

Previa á recollida de datos procedeuse a informar verbalmente, sobre a investigación, no caso da enquisa; e verbalmente e de forma escrita, mediante folla informativa á persoa que participará na investigación cualitativa (ver anexo II). A información recollida no citado documento versa sobre: a identificación da persoa investigadora e do centro ao que pertence, título e finalidade da investigación, información sobre o método de recollida de datos e tratamento dos mesmos, deber de segredo e agradecemento pola participación. Nese mesmo documento preguntouse a información necesaria para obter os datos sobre os marcadores estruturais que permitiron o deseño dos grupos de discusión a realizar co estudantado.

Despois do proceso informativo pasouse por escrito ás persoas participantes un consentimento informado, redactado en base ao contido da Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD). Neste documento (ver anexo III), a persoa manifestaba por escrito o consentimento para a súa participación no estudo e a grabación do grupo ou entrevista, informando da finalidade da investigación e de que os datos aportados foron disociados de maneira que a persoa non pode ser identificada, sendo tratados coa máxima confidencialidade, respectando o segredo profesional. Recolleuse o contido relativo ao artigo 5 da LOPD en relación aos datos, especificando que non serían incluídos en ningún ficheiro nin cedidos a ningunha persoa e que unha vez finalizase a investigación serán destruídos.

1.5. O TRABALLO DE CAMPO

O traballo de campo para a realización desta investigación deu comezo en novembro de 2014, momento no que se inician os contactos coas facultades para facer a presentación da investigación e poder pasar os cuestionarios. O proceso foi o seguinte, na devandita presentación explicábase ao estudantado asistente en que consistía a investigación de maneira oral: quen a facía, encaixe institucional, obxecto da mesma, anunciábase o pase dos cuestionarios e solicitábase a colaboración para participar no grupo de discusión. Os estudantes interesados en participar nos grupos cubrían un modelo de recollida de datos (ver anexo II). Este formulario contén as preguntas para obter a información necesaria para diseñar a mostra dos grupos de discusión que se levaron a cabo.

En xuño de 2015 deu comezo a revisión bibliográfica sobre o obxecto de estudo desta investigación. Ao mesmo tempo, en agosto comézase o deseño dos cuestionarios, que quedan perfilados en setembro. A continuación os cuestionarios, como xa se comentou na sección 1.2.1 deste traballo foron revisados por unha serie de profesionais, e posteriormente cara finais de setembro, foron sometidos a un pretest.

A petición da facultade de traballo social da Universidade de Vigo con sede en Ourense envíanse os modelos de cuestionarios xa que esta institución antes de autorizar a aplicación dos mesmos revisa a súa adecuación metodolóxica e ética por parte de dúas comisións.

Finalmente os cuestionarios foron aplicados nas distintas facultades cara finais de 2015. En medicina comezouse en outubro xa que debido ao alto número de alumnos/as acudíase a cada un dos grupos de interactivas que se ían facendo a fin de cubrir o maior número posible de cuestionarios. En psicología, traballo social –tanto de Santiago como de Vigo-, lévase a cabo o pase de cuestionarios en novembro de 2015.

En concreto, os grupos de discusión co alumnado fixéronse en decembro de 2015. O día da realización dos grupos, como se fixo posteriormente no caso das entrevistas, cada persoa asinaba un consentimento informado cos datos básicos da investigación, usos dos datos etc. Nel dase consentimento expreso para a grabación dos grupos e entrevistas e cesión dos datos para o seu uso

nesta investigación (ver anexo III). Os grupos codificáronse xa desde este momento como se pode ver na táboa 6.

Táboa 6: Codificación dos grupos de estudantes

Grupo	Código
Grupo de estudantes de traballo social	GTS
Grupo de estudantes de psicoloxía	GP
Grupo de estudantes de medicina	GM

Aprovéitase o tempo existente ata o inicio do curso seguinte para seguir ca revisión bibliográfica e para levar a cabo a análise da publicidade das páxinas web (ver capítulo 16). Asemade, cara finais do verán retómanse os contactos cas distintas facultades para negociar cos distintos coordinadores/as o segundo pase dos cuestionarios.

En setembro de 2016 dase comezo a realización das entrevistas aos profesionais. No caso das entrevistas cualitativas estas foron codificadas mantendo a lóxica utilizada para a codificación dos grupos de estudantes, é dicir, as entrevistas codificáronse aplicándoselle a psicoloxía a letra P e, a continuación, numerando as distintas entrevistas correlativamente segundo se ían facendo. No caso do traballo social usouse a mesma lóxica utilizando as letras TS. E, no caso dos psiquiatras utilizouse a letra M para que non coincidise co P de psicoloxía (ver táboa 7).

Táboa 7: Codificación das entrevistas realizadas a profesionais

Tipo de profesional	Código
Profesionais do traballo social	TS.01 a TS.06
Profesionais da psicoloxía	P.01 a P.06
Profesionais da medicina	M.01 a M.06

En relación ao traballo de campo desenvolvido para a realización das entrevistas existe unha dinámica que se considera moi relevante da idiosincrasia dunha das profesións cas que se traballou. Para localizar aos distintos/as profesionais a entrevistar decidiuse solicitar a colaboración dos distintos colexios profesionais. Tanto o colexio de psicoloxía como o colexio de traballo social, amosaron a súa predisposición a colaborar dende o primeiro momento. Así o colexio de psicoloxía enviou un correo electrónico aos seus colexiados/as informando da realización da investigación, e dese envío masivo de correos saíron as entrevistas que a continuación acabaron realizándose. Pola súa banda, o colexio de traballo social cedeu o uso das súas instalacións cando foi necesario. En cambio, o colexio de medicina negouse a colaborar sen aportar máis razóns que o feito de que “non nos adicamos a ese tipo de cousas”. A partir dese momento intentouse localizar aos psiquiatras a entrevistar poñéndome en contacto cos diferentes hospitais de Galicia. Todos eles declinaron a oferta de participación, unhas veces non daban resposta á petición de reunión para explicar a colaboración solicitada e outras explicaban que estaban moi ocupados e non podían adicar tempo a non ser ás cousas estritamente necesarias. A continuación, debido ao infructuoso dos intentos estableuse contacto con persoas coñecidas dos meus anos de traballo e dos meus directores de investigación. Pero de novo os intentos de contacto non chegaron a bon porto. É así que a selección de psiquiatras para as entrevistas converteuse nun verdadeiro problema debido á dificultade de acceso a estes profesionais e á súa negativa a participar ou mesmo a que se presentase a investigación a un grupo de profesionais que traballaban nunha mesma entidade. Sendo así as cousas decidiuse intentar un mostreo tipo bola de neve, pero de novo a dinámica considérase reveladora das dinámicas sociais da profesión dos/as psiquiatras. Así, cando nalgunha ocasión se intentou localizar a un traballador/a social ou psicólogo/a que cumprisen algunha característica especial difícil de localizar, se se preguntaba a outros/as profesionais se coñecían a alguén que encaixase co perfil, identificaban a esa persoa e remataban dicindo que se podía dicir que eran eles os que deran a información para localizar a esa terceira persoa. Pola contra, cando isto sucedía no caso dos/as psiquiatras as poucas persoas que daban algún nome pedíanme que non disexa que eran

eles/as as fontes de información. Ao longo da investigación o illamento da profesión dos/as psiquiatras foise convertendo nunha característica social destes profesionais e que é unha dimensión das que operan en relación aos conflitos existentes entre as distintas profesións (ver capítulo 19), e que se exemplifica en frases lapidarias como a dun psiquiatra que afirma que “o traballo en equipo, no traballo día a día, paréceme unha quimera”(M.02, p. 4).

Así unha vez explicado o deseño metodolóxico usado para a realización desta investigación pocederase, no seguinte capítulo a perfilar a definición de percepción que se usará ao longo deste traballo. Cando se elixe un marco de referencia de tipo constructivista a realidade asume a forma dunha construción social á que se lle asignan unha serie de significados. Existen pois unha serie de conceptos que é necesario distinguir e que, por outra banda, participan no proceso de percepción.





CAPÍTULO 2

ÉPISTEMOLOXÍA DA PERCEPCIÓN

Cos anos comprendín que son construída por todo aquilo que constrúo e que son responsable de cada construción, me guste ou non.

Vita Martínez Vérez¹⁴

Neste capítulo vaise reflexionar sobre o obxecto desta investigación, é dicir, a percepción social dos TCA. Se falamos de percepción, isto reclama unha serie de precisións conceptuais que diferencien este concepto dalgúns que lle poden quedar próximos.

Por outra banda, como se mencionou con anterioridade esta investigación encadrouse dentro do paradigma sistémico constructivista (ver introdución). Isto significa que se considera que a percepción social ven orientada polos imaxinarios sociais. Daquela, é necesario establecer a noción de imaxinarios da que se vai facer uso; así como a distinción dos imaxinarios que poden afectar á percepción dos TCA. Tamén se considera necesario establecer determinadas distincións entre os imaxinarios e conceptos moi próximos como as representacións sociais, os modelos e os paradigmas.

2.1. OS IMAXINARIOS SOCIAIS E A PERCEPCIÓN

Os imaxinarios son un concepto introducido na socioloxía por Cornelius Castoriadis (1983, 1989). Os imaxinarios permiten explicar a asignación de significado na sociedade. Por outra banda, o constructivismo lles asigna tamén a función de construír unha realidade plausible e que nos permita movernos na nosa contorna dentro dunha determinada orde, afastada da complexidade social.

Neste traballo vaise a usar o concepto de imaxinarios sociais establecido polo sociólogo Juan Luis Pintos. Nun dos seus máis recentes artigos define os imaxinarios como: “esquemas construídos socialmente que orientan a nosa percepción, permiten a nosa explicación e fan posible a nosa intervención, facendo que os diferentes sistemas sociais sexan tidos como realidade”(Pintos, 2014, p. 7).

¹⁴ Martínez Vérez, V. (27 de xullo de 2015). Cos anos comprendín que son construída por todo aquilo que constrúo e que son responsable de cada construción, me guste ou non. Recuperado o 10 de abril de 2017 de <http://www.acoruna.uned.es/noticias/noticia/3943>.

Se partimos a definición precedente en partes, teremos que os imaxinarios: están sendo, Pintos di que os imaxinarios non *son*, senón que *están sendo*, isto introduce unha perspectiva dinámica e evolutiva. É dicir, ao longo do tempo os imaxinarios van mudando en función da evolución da sociedade e o cambio social. Os imaxinarios na teoría de Pintos asumen a forma de esquemas, á súa vez estes son definidos a partir da concepción luhmanniana dos mesmos (Luhmann, 2007a) e que será explicada a continuación.

Os imaxinarios serían construídos socialmente. Por unha banda, os imaxinarios non son produto dos individuos considerados como átomos sociais. Neste sentido Ana María Pérez, seguindo a Moscovici, establece esta característica como a que diferenciaría os imaxinarios das representacións sociais xa que estas serían “un fenómeno -social e procesual- polo cal os individuos crean e elaboran imaxes cuxa principal función é presentar como familiar aquilo que é descoñecido ou non habitual”(2009, p. 288). Pérez (2009) di que o coñecemento subxectivo adquire carácter obxectivo e que isto favorece: a interpretación da contorna, da sentido ás condutas e se favorecen os procesos de adaptación, tanto no presente como nas súas proxeccións cara o futuro.

Os imaxinarios non son determinantes nin causantes, senón que orientan a nosa percepción. De aí que se manteña intacta a posibilidade de cambio ou rexeitamento a través da observación de segundo orde. Se os imaxinarios determinaran a nosa percepción nese intre, entraríamos dentro do determinismo social, xa que os individuos perderían a súa capacidade de elección, e en definitiva, a súa liberdade. Os imaxinarios levan a que o observador perciba determinados feitos (relevancia) e non outros (opacidade); enfocan a nosa mirada cara determinada dirección e non noutra ou noutras (Pintos, 2014). Como suxire Pintos, a pregunta non é, que se cree a xente? Senón, que sucede para que a xente se crea determinadas cousas?

A función principal dos imaxinarios sería que permiten a nosa explicación. Isto o fan, dado que constrúen unha realidade plausible, é dicir, sempre deixan aberta a posibilidade de elección e cambio. Isto, á súa vez, fai posible a nosa intervención nos sistemas sociais xa que permiten que se vaia reducindo a complexidade social. Pero ao mesmo tempo, tamén permiten que se produza a irritación do entorno respecto dos sistemas, polo cal a complexidade ao mesmo tempo medra na sociedade (Luhmann, 2007a). É como opera a nova lóxica polivalente imperante na posmodernidade que como se explicará a continuación a través do uso dos metacódigos da opacidade e da relevancia salva a paradoxa na sociedade.

É dicir, a definición pódese reformular dicindo que os imaxinarios son “Esquemas que nos permiten percibir algo como real, explicalo e intervir operativamente no que en cada sistema social e os subsistemas funcionalmente diferenciados se describa a realidade” (Pintos, 2003, p. 27). Poden ser entendidos pois, como lentes ou anteollos que nos pon a sociedade para interpretar a mesma, asignando significados e construíndo a realidade que percibimos. Para levar a cabo esa tarefa os imaxinarios caracterízanse por ter unha serie de características: son totalizadores, é dicir, non ofrecen interpretacións parciais ou locais da realidade, senón que tenden a producir visións do mundo de carácter global e holístico. Non son coherentes entre si, recordemos que a polivalencia da nova epistemoloxía imperante permite a contradición entre as explicacións dos diferentes imaxinarios, xa que como se explica de seguido, cada imaxinario enche o oco (*gap*) deixado polos demais. Ademais os imaxinarios funcionarían a través dun proceso de xeración de diferenzas e distincións que envían os significados á esfera do opaco ou do relevante. E, finalmente, só poden detectarse e investigarse a través da observación de segundo orde. Xa que “observar é xerar unha diferenza mediante unha distinción que deixa fora de si o que non queda diferenciado dela” (Pérez, 2009, p. 287).

Como se ven dicindo nos parágrafos anteriores, este tipo de teorías necesitaría dunha nova epistemoloxía. Así, ata o século XX predominaba a lóxica clásica. Esta lóxica xa foi definida por Aristóteles (trad. en 1988a). A lóxica do filósofo grego basease no principio de identidade e non contradición. É dicir, se A é B, A non pode ser ao mesmo tempo non B. Ademais, se algo é A, non pode ser ao mesmo tempo non A. De feito, esta lóxica é a que se mantivo ata 1879, ano no que

Frege publica *Begriffsschrift* (*Conceptografía*) (Prior, 1976). A lóxica aristotélica tivo tanta forza, que mesmo Kant no prólogo á segunda edición da *Crítica da razón pura* di que a lóxica do estagirita era segura e que non tivo a necesidade de dar ningún paso atrás, e que en realidade, é que “o curioso da lóxica é que tampouco foi capaz, ata hoxe, de avanzar un só paso” (1989, p. 15).

Isto salta polos aires ca lóxica moderna, é dicir as lóxicas polivalentes, entre elas a lóxica de Spencer-Brown (2008). Este autor distingue a forma do medio, establecendo asemade a estrutura forma/medio como outra forma; as súas ideas terán unha grande influencia en autores vencellados á sistémica como: Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela e o propio Niklas Luhmann. As observacións definiríanse na lóxica de Spencer-Brown como distincións. Pero as observacións funcionan dun xeito especial, xa que

indican un dos lados da distinción, presupoñendo o outro. A provocación deste concepto de forma, así como a súa creatividade teórica (...) estriba no seu postulado de que coa realización dunha operación algo ha de ser excluído (...). A unidade da operación non é cuestionada, como pode verse, pero si pode dicirse que é en certo modo completada mediante un concepto sombra, que establece que aínda hai algo máis (sexo iso accesible ou non) (Luhmann, 1998b, p. 171).

A separación dos dous polos na distinción, deixando un visible e ocultando o outro, será o que permita a aplicación dos metacódigos dos imaxinarios sociais: o relevante e o opaco. Este tipo de distinción tamén afecta ao ámbito de investigación deste estudo xa que como di Luhmann, apoiándose en Foucault “Os diagnósticos criminolóxicos e médicos son convertidos agora nunha reflexión da diferenza entre inclusión e exclusión. A exclusión adopta en certo modo a forma da inclusión, porque o *ethos*¹⁵ utilitarista moderno esixe ter baixo control as consecuencias” (Luhmann, 1998b, p. 172). Para conseguir o establecemento da distinción entre a inclusión e a exclusión seguiríanse varios procesos. Por unha banda, vencélase este binomio á semántica da distinción autoreferencia/heteroreferencia. Pero por outra banda,

no ámbito da exclusión os seres humanos xa non son considerados como persoas senón coma corpos (...). Todo o que nós concibiríamos como persoa retrocede (...). A percepción e, sobre todo, a lixeireza gañan en importancia. O código si/non da linguaxe, desenvolvida para a aceptación ou o rexeitamento de propostas comunicativas, retrocede, e no lugar entra en escena (...) a rapidez da adaptación aos acontecementos, que só pode lograrse a través do adestramento da percepción (Luhmann, 1998b, pp. 193-194).

As ideas de Spencer-Brown inflúen á súa vez, en Günther (1962) que acuña o termo PolicontextuRal. Con este termo Günther refírese a unha determinada característica dos sistemas. Esta característica é unha das que Luhmann (2007a) atribuirá á sociedade contemporánea: a complexidade. A policontextuRalidade defínese por describir unha situación en que múltiples códigos, mesmo con valores contraditorios, son válidos ao mesmo tempo no mesmo contexto social. Este tipo de conceptos levan a Luhmann a plantexar que hoxe en día a sociedade sería tan complexa que non sería posible levar a cabo unha descrición completa da mesma. Luhmann di que “O sistema vólvese para si mesmo incalculable” (2007a, p. 28). A sociedade como sistema de sistemas, inxeriríase nun “contexto de remisións infinito” (2007a, p. 32). Isto provocará que cada sistema observa ao resto desde a súa posición, e desde a función que vai desenvolver (Torres, 2012).

Ademais, para moverse neste nivel de complexidade Luhmann define os esquematismos (*Schemata*), nos que el inclúe, entre outros os: “*frames*”, “*scripts*”, “*prototypes*”, “*stereotypes*”, “*cognitive maps*”, “*implicit theories*” (Luhmann, 2007a, p. 81). Estes esquemas son definidos por

¹⁵ En cursiva no orixinal.

Luhmann como “Combinacións de sentido que lle serven á sociedade e aos sistemas psíquicos para formar unha memoria que esquece case todas as operacións propias, e que, sen embargo, conserva algunhas en forma esquematizada para de novo poder utilizalas” (2007a, p. 81). A función destes esquemas sería o de encher os ocos que quedan entre os sistemas, ou complementar as carencias dalgún deles na súa obriga de producir significado e sentido que manteñan a orde social (Luhmann, 2007a). En palabras do sociólogo de Luneburgo, os esquemas

serven como reducións de complexidade estrutural para construír complexidade operativa e, con iso, para que o acoplamiento estrutural dos sistemas psíquicos e sociais se adapte permanentemente ás condicións cambiantes. E tamén aquí é válido que a función e mecanismos do acoplamiento non ten que co-realizarse nas operacións dos sistemas; pode presupoñerse o seu funcionamento silencioso (Luhmann, 2007a, p. 81).

Aquí é onde engarzan os imaxinarios sociais na teoría luhmaniana da sociedade. Os imaxinarios funcionarán como esquemas de redución da complexidade social, para levar a cabo isto aplican dous metacódigos que organizan a construción da realidade (Pintos, 2003). Os imaxinarios funcionan como instancias lexitimadoras que fannos crible e plausible a realidade, ao mesmo tempo que asumen o estatuto de fundamento da asimetría e a dominación social (Pintos, 2003).

Os imaxinarios “permiten a elaboración e distribución xeneralizada de instrumentos de percepción da realidade social construída como realmente existente” (Pintos, 2013, p. 25). Así, imponse a necesidade de abandonar unha concepción inxenua da percepción como proceso estritamente sensorial e que funcione como instrumento de acceso á núa realidade. Alonso dinos que “a percepción sensorial é recreada pola experiencia e polos condicionantes socioculturais –e ideolóxicos- do suxeito que percibe e que, ao percibir, crea” (Alonso, 2003, p. 22). Estamos situados na creación social da realidade que xa avanzaran Berger e Luckmann (1984). Daquela pódese partir dunha definición da percepción como o proceso e resultado da construción da realidade, individual e social, a partir de imaxes, conceptos, ideas e crenzas ás que se dota de significado pola influencia dos imaxinarios sociais. O propio Luhmann (2000) fala dos esquemas como de esquemas de percepción; xa non son representacións como o eran para Kant (1989), senón regras para poder levar a cabo as operacións. É dicir, a distinción opaco/relevante en relación a unha percepción concreta queda fixada na realidade que se crea, asignándose así un significado. A mirada queda prendida neste xogo de espellos que a dirixe a través da complexidade social debido á selección que se introduce na percepción da realidade construída. De feito, Luhmann, que se caracteriza por retomar certas aportacións de teóricos anteriores a el, recolle a definición de conciencia de Husserl definíndoa como unidade intencional de percepción, vontade e sensibilidade (Luhmann, 1996).

Os imaxinarios posibilitan: “1. Producir unha imaxe de estabilidade nas relacións sociais cambiantes. 2. Xerar percepcións de continuidade en experiencias descontinuas. 3. Proporcionar explicacións globais de fenómenos fragmentarios. 4. Permitir intervir nos procesos construídos desde perspectivas diferenciadas” (Pintos, 2005, p. 46).

2.2. OS IMAXINARIOS SOCIAIS DA DOENZA MENTAL

Recordemos de novo a definición de imaxinarios sociais: “esquemas construídos socialmente que orientan a nosa percepción, permiten a nosa explicación e fan posible a nosa intervención, facendo que os diferentes sistemas sociais sexan tidos como realidade” (Pintos, 2014, p. 7). Agora ben, esa distribución, orientación e construción da percepción faise dentro de cada sistema social, pois cada un deles

só ve o que pode ver desde a óptica da función que desenvolve. Cada sistema, por exemplo a medicina, observa aos outros desde a súa función. Para un médico as decisións económicas analízanse desde o punto de vista médico: número de camas, inversión en

investigación ou fármacos. Cada decisión económica é interpretada desde a óptica da saúde. En contradición con el, o xestor económico do hospital só axusta os recursos escasos para pagar e cobrar facturas. A saúde non é cuantificable economicamente, e a economía non se pode medir en termos de saúde (Torres, 2012, p. 104).

Sendo así, é necesario sinalar os imaxinarios que orientan a percepción da enfermidade mental. Considerando en todo momento que non teñen por que ser coherentes entre eles, senón que, como se apuntou liñas máis arriba a súa función sería encher os ocos (*gaps*) que se van xerando no entorno (Luhmann, 2007a), ir reducindo a complexidade e orientando a percepción cara espazos semánticos: inclusión/exclusión, previsible/imprevisible, cordo/tolo, racional/irracional, etc.

Posto que estes imaxinarios irán vertebrando a revisión evolutiva que se faga durante o marco teórico, aquí só se apúntan os distintos imaxinarios e se descríbense brevemente.

2.2.1. O imaxinario social biomédico

Sería o imaxinario que parte da concepción da asimilación da doenza mental ao resto das enfermidades. Isto supón a identificación da etioloxía da enfermidade mental na esfera biolóxica: a xenética, o cerebro, os neurotransmisores, a serotonina, a noradrenalina, etc., en definitiva, a bioloxía, a química, e a medicina como eidos explicativos.

Como se ten sinalado

A doenza mental como enfermidade biolóxica funciona como imaxinario social porque aporta estabilidade, continuidade predicible e coherencia á vivencia; a convirte nalgo comunicable na semántica social dun sistema médico acoplado cos restantes sistemas sociais. É precisamente este imaxinario social o que a acopla cos restantes sistemas sociais. A doenza mental en clave biolóxica difundíuse como imaxinario social e é “entendida” polo sistema económico, o científico, o político, etc. Pero sobre todo funciona porque aporta unha visión “global” sobre o caos, a incoherencia e as críticas (Torres, 2012, p. 108).

Ademais, como se verá no capítulo 15 deste traballo, os propios psiquiatras sinalan que o imaxinario biomédico lles aporta como colectivo:

- Explicacións sinxelas da complexidade que a doenza mental leva de seu.
- Seguridade persoal e social. O imaxinario biomédico, a nivel individual, reforza a autoestima persoal e reduce ás súas angustias; e a nivel social, a defensa deste imaxinario reduce os problemas de inserción laboral.
- Lexitimación social, tanto dos/das psiquiatras e do saber que ostentan socialmente, tanto ante o resto do colectivo médico como ante o resto da sociedade.

2.2.2. O imaxinario social psicolóxico

A psicoloxía no momento do seu nacemento, recolle a interpretación da doenza mental como problema psicolóxico. Dende un punto de vista sistémico, pódese dicir que a observación que pon riba da mesa, basearíase na distinción racional/irracional situándoa nos procesos cognitivos do ser humano.

As vivencias das persoas poden provocar nalgún intre concreto que os procesos psicodinámicos se alteren. Esta sería a semántica que compartirían todos os modelos ou escolas da psicoloxía, o que non sería pouco, se se considera que hoxe en día pódese localizar a existencia de máis de cincocentos modelos psicoterapéuticos (Ortiz Lobo, 2017).

As principais diferenzas entre o imaxinario psicolóxico e o anterior serían que “O imaxinario social construído desde a psicoloxía é sutil, apelando á emotividade e á sensibilidade como ferramentas básicas para a conexión co mundo vivido da loucura. Os tratamentos son menos contundentes pero levarían un cambio na visión que o “doente” e o seu contorno perciben, actúan e comunican sobre o problema” (Torres, 2012, p. 109).

De novo, o imaxinario do que nos estamos a ocupar, ben a encher os ocos deixados polo imaxinario biomédico pero sen conseguir evitar incoherencias, contradicións ou críticas (Torres, 2012). Como se verá no capítulo 19, os conflitos entre os/as profesionais intersectan, segundo eles mesmos, no caso dos psicólogos/as e psiquiatras polos tratamentos a levar a cabo, xa que: os psiquiatras, medican en exceso, e non van á raíz do problema real (a neurose, o trauma, a relación familiar, etc.), senón que se quedan na superficie da interface biolóxica, segundo os psicólogos/as. E os/as psicólogos non terían un saber lexitimado xa que, a terapia xa a facían antes do nacemento da psicoloxía dende a medicina/psiquiatría, segundo os/as psiquiatras. E, por outra banda, no caso dos traballadores/as sociais por ostentar un saber baleiro; e un facer totalmente innecesario e prescindible, segundo o resto de profesionais.

O imaxinario psicolóxico é o que orienta a percepción dos estudantes das disciplinas obxecto de estudo (ver capítulo 10). A partir desta situación de partida, os/as profesionais van amosando diferencias na súa percepción dos TCA, xa que: os/as psiquiatras evolucionan cara o imaxinario biomédico, os psicólogos/as cara o psicolóxico e os traballadores/as sociais cara o sociolóxico. Complementándose con lexitimacións parciais dalgún outro imaxinario.

2.2.3. O imaxinario social sociolóxico

No século XIX fan aparición as ciencias sociais. Como se sabe, as condicións socioeconómicas do momento: a pobreza, o traballo infantil, a fame, os índices delictivos, etc. deron pé ao que Castel (1997) denomina cuestión social. Por outra banda, en Chicago deuse a tormenta perfecta. Marianne Weber conta na biografía do seu home o xeito como o sociólogo alemán describía esta cidade en 1904

Chicago é unha das cidades máis increíbles. Xunto ao lago hai algúns barrios residenciais, fermosos e agradables, polo xeral casas de pedra de estilo máis duro e pesado; xusto detrás vellas casiñas de madeira, igual que en Helgoland. Logo están as casas dos obreiros e unha absurda suciedade vial; nada de adoquines, unhas rúas miserables fora do barrio residencial; o estado das rúas da *city*, entre os rañaceos é horripilante (...). Á luz do día non ves máis alá de tres bloques de vivendas; todo está cheo de vapor, fume (...). Delirante é a mistura dos pobos; os gregos lles limpian as botas aos *yankees* por cinco centavos; os alemáns son seus camareiros; os irlandeses ocupanse da política; os italianos encárganse dos traballos sucios. Toda a enorme cidade (máis grande que Londres) parécese, a excepción dos barrios residenciais, a unha persoa a quen lle quitaran a pel e as vísceras víranse traballar (Weber, 1995, pp. 443-444).

Nese momento neste entorno traballan algúns homes na Universidade de Chicago: Ch. H. Cooley, G. H. Mead, W. I. Thomas, F. Znaniecki, R. E. Park, E. W. Burgess e H. Blumer. Xunto a eles, un grupo de mulleres chamadas reformadoras sociais, e que co tempo, serán consideradas algunhas das primeiras traballadoras sociais. Estes dous grupos serán o xermolo da Escola cualitativa dentro da socioloxía, e dun novo nivel de intervención dentro do traballo social: o traballo social Comunitario. As dúas ciencias citadas pódese dicir que dalgún xeito, naceron xuntas, Álvarez-Uría e Varela comentan que “a socioloxía, o activismo político e o traballo social, movíanse en terreos moi próximos, tan próximos que as fronteiras de separación entre eles resultaban borrosas”(2004, pp. 276-277). Pero a estas alturas de século toman diferentes direccións. Hoxe en día pódense atopar distintas referencias (Macionis e Plummer, 2000; Miranda, 2004) que sustentan a idea de que parte das investigacións da Escola de Chicago de Socioloxía foron feitas en realidade tomando como base os datos obtidos polas primeiras traballadoras sociais. Entre elas estaría Jane Addams que algúns autores chegan a situar como a verdadeira fundadora da devandita Escola (Degan, 1997; Macionis e Plummer, 2000). Como di o propio Burgess

Os estudos sociais de permanente importancia estaban feitos, non por departamentos de Socioloxía, senón por individuos ou por grupos de traballadores sociais. Exemplos destes son

os traballos de Booth, *Life and Labour of the People of London* (Vida e traballo da xente de Londres), *Rowntree's Poverty. A Study of Town Life* (A pobreza en Rowntree. Un estudo da vida urbana); e *Hull House: Maps and Papers* (Mapas e Documentos da Hull House) de Jane Addams (Burgess, 1916, p. 492).

A partir dese momento na socioloxía irá collendo pulo a chamada ciencia básica, mentres que no traballo social se fortalecerá a ciencia aplicada, mesmo en detrimento da ciencia básica. O que estas ciencias seguen tendo en común é o seu intento de estudar ao ser humano usando a lente da súa dimensión social. Isto redunda en interpretacións, como a que fixo Durkheim (2012) do fenómeno do suicidio.

Scheff (1970) caracterizou o imaxinario sociolóxico da doenza mental asignándolle as seguintes características: asocia a loucura á conduta diferente, estraña, bizarra. Un tipo de comunicación non verbal histriónica ou rara. Scheff avanza unha das dimensións que caracterizan ao estigma social da doenza mental como é a crenza de que as persoas con diagnósticos de enfermidade mental é máis habitual que cometan accións violentas e imprevisibles. Isto provoca que a xente chegue a sentir medo ante alguén con doenza mental, xa que lles pode chegar a provocar algún tipo de dano. A sociedade, aclara Scheff (1970), a través dos medios de comunicación procede a seleccionar a información que permite que chegue á sociedade; isto soe provocar que a doenza mental convértase nun campo saturado de significados de carácter negativo; o que, á súa vez, perfila á loucura como o outro, o distinto, o que socialmente axuda a reclusión na área da exclusión, é dicir, a non pertenza ao grupo.

Scheff matiza, reforzando de novo as lindes entre os imaxinarios, dicindo que

O modelo médico, no cal se tende a considerar que a conduta non conformista é un síntoma de “enfermidade mental”, determina que se ignore o contexto. O concepto de enfermidade, segundo se pode interpretar, refírese a un proceso que ocorre no organismo do individuo. Os síntomas psiquiátricos, polo tanto, concíbense como parte dun sistema de conduta localizado por enteiro no enfermo, e independente do contexto social no que se manifestan os “síntomas” (Scheff, 1970, p. 161).

En definitiva, “No caso dos trastornos mentais, o diagnóstico psiquiátrico é un paso fundamental que “organiza e activa” a reacción da sociedade” (Scheff, 1970, p. 121). É dicir, o imaxinario biomédico organízase arredor da redución da doenza mental a causas de tipo biolóxico. Isto fai que os factores característicos do contexto e que inflúen na enfermidade sexan “expulsados” cara o imaxinario sociolóxico. O contexto, explicado ca linguaxe luhmaniana que recolle o profesor Pintos, convértese no relevante do imaxinario sociolóxico, pasando a ocupar a esfera do opaco do imaxinario biomédico, o que este traslada á práctica dos profesionais a través do modelo médico. Así os/as psiquiatras non tratarán a persoas, senón a organismos cuxo equilibrio biolóxico estaría alterado por algún tipo de causa xenética, química, etc.

Na actualidade a doenza mental analízase dende o punto de vista da ciencia social (Cockerham, 2013, 2017; Conrad, 2001; Conrad e Leiter, 2003; Horwitz, 2003) en función da: clase social, a idade, o xénero, os movementos migratorios, a etnia, etc. O contorno das persoas, e as súas relacións e interaccións sociais asumen a forma de factores de risco da doenza mental. Daquela, “a dedución subseguinte é evidente: a solución a un problema social non pode ser unha terapia médica, unha droga para o corpo ou un test psicolóxico. Todos estes elementos non atallarán o problema social subxacente (suposto, imaxinado, percibido)” (Torres, 2012, p. 110).

E, de novo, o imaxinario sociolóxico enche os ocos deixados polo imaxinario psicolóxico; como di Thomas Scheff “Os modelos conceptuais utilizados [polos/as psiquiatras] para plantexarse problemas que se desexa investigar relaciónanse basicamente con sistemas individuais e non con sistemas sociais” (1970, p. 17).

2.2.4. O imaxinario social do escándalo

Se se rastrea a literatura sobre a doenza mental, máis cedo que tarde, atópase unha descrición das miserentas e infrahumanas condicións nas que se atendeu historicamente nos hospitais, manicomios e psiquiátricos ás persoas afectadas por este tipo de trastornos. O atopamos nos resultados das investigacións feitas por Dorothea Dix nos Estados Unidos cara mediados do século XIX (Shorter, 1997). No caso español temos os abundantes testemuños aportados por Concepción Arenal (1993) nesa mesma época. Un pouco máis adiante, Elisabeth Jane Cochran escribe baixo o pseudónimo de Nellie Bly (2009) unha obra na que recolle a súa experiencia despois de pasar dez días no Asilo para Alienados da Illa de Blackwell no Estado de Nova York. Cochran describe esa institución como unha prisión cun nivel de hixiene totalmente deficiente. Un lugar no que ata outubro non se prendía a calefacción e no que se daba para comer carne podrida e racións totalmente insuficientes ás persoas encerradas (Bly, 2009). A partir de aí os testemuños se multiplican de maneira exponencial, mesmo no que atinxe aos TCA en forma de novelas, biografías e autobiografías (ver anexo IV).

Unha vez se levou a cabo a reforma psiquiátrica e se pecharon os grandes hospitais psiquiátricos o imaxinario se vehicula doutro xeito. A partir de entón son os medios de comunicación as ferramentas de construción do imaxinario do escándalo. Pensemos nas noticias cotiás nos informativos, a miúdo podemos atopar a un fillo que matou a nai, iso si, porque era esquizofrénico, un avó que violou á filla, iso si, porque é bipolar, ou un home que mata á muller porque ten unha depresión. As noticias vencellan con asiduidade a violencia e os grandes delitos a persoas que teñen diagnósticos psiquiátricos. Isto confronta totalmente cos resultados das enquisas, que de xeito teimudo e repetitivo, contan que as persoas con enfermidade mental non son persoas que adoiten cometer delitos. Pero iso non importa, a fotografía da doenza mental reflicte unha imaxe desta como fonte de perigo e criminalidade.

A isto véñense a sumar unha serie de programas de telerealidade nos que se presenta o corpo como algo totalmente moldeable. Un corpo que pode deixar de pesar trescentos quilos nun ano (*A miña vida con 300 quilos*), un corpo que muda de talle nun abrir e pechar de ollos (*No meu talle ou no teu*), un corpo que pode provocar verdadeiros traumas, ou mesmo vergoña (*Corpos embarazosos*), un corpo que debemos cambiar, se non nos convence, para ser quen realmente somos (*Cambio radical*).

E todo isto por non falar dos programas de cociña ou de saúde, no que un profesional da nutrición ou da cociña dinos como debemos comer, que debemos comer ou cando debemos comer. Mandatos que, de non ser cumpridos, nos reclúen no eido da responsabilidade da situación, cando non da mera culpabilidade do que nos pasa.

Pola súa banda, o cinema apoia este tipo de percepción negativa da doenza mental a través dun feixe de películas: *Niño de víboras*, *Alguén voou sobre o niño do cuco*, *Inocencia interrompida*, *Psicose*, *American Psycho*, etc. Fronte a esta avalancha, pódense atopar unhas cantas películas que mostran a outra cara da loucura, mesmo con posibilidades de recuperación como: *Lars e unha rapaza real*, *O lado bo das cousas*, *Unha mente marabillosa*, etc. Sen esquecer os TCA representados en: *Por amor a Nancy*, *Primo Amore*, *301-302*, *Malos hábitos*, *Fat...*

Así as cousas: a prensa escrita, a televisión, o cinema e internet constrúen unha percepción da doenza mental vencellada á perigosidade, á imprevisibilidade, á violencia, etc. Significados que, como se verá nos resultados desta investigación fan medrar desexos de distanciarnos destas persoas, de medir a relación que podemos establecer con elas. É dicir, a sociedade as marca co estigma que encubre unha serie de significados negativos que dificulta a vida destas persoas. E mesmo afecta aos profesionais que teñen que traballar con elas para cambiar a súa vida e mellorar as súas circunstancias.

2.3. DE MODELOS, TEORÍAS E PARADIGMAS

Dado o uso dos termos que forman parte do título desta sección en ocasións como sinónimos na literatura decidiuse dedicarlles un pequeno espazo neste traballo. Sobre todo a fin de que se poida perfilar que é un modelo, así como as diferenzas e relacións que ten cos imaxinarios, posto que nas investigacións que falan dos imaxinarios soe utilizarse o concepto de imaxinarios e o de modelo como sinónimos perfectos, cando non o son.

2.3.1. Os paradigmas e as teorías

A definición máis coñecida de paradigma é a de Thomas S. Kuhn en *A estrutura das revolucións científicas* (1994). Este libro converteríase co tempo nunha das publicacións máis influíntes dentro da filosofía da ciencia, e da epistemoloxía en xeral.

Kuhn plantexaba nesta obra unha teoría de como evoluciona a ciencia. Segundo a mesma, a ciencia vai formulando teorías que rematan por conformar o que este autor denomina a *ciencia normal*, é dicir a: “investigación baseada firmemente nunha ou máis realizacións científicas pasadas, realizacións que algunha comunidade científica particular recoñece, durante certo tempo, como fundamento para a súa práctica posterior” (Kuhn, 1994, p. 33). Esta ciencia desenvolveríase dentro do que el denomina un paradigma. Nun primeiro momento, isto facilitaría a resolución dos desafíos e os problemas que se lles presentan aos científicos. O que provocaría que se rexeitase todo o que quede fora dese paradigma.

Agora ben, nalgún intre comencen a facer aparición certos desaxustes que o paradigma consegue asumir de novo. O problema xurdiría cando esas anomalías que van aparecendo son tantas, ou de tal entidade, que obrigan á comunidade científica a poñer en dúbida o paradigma. Isto provocaría unha revolución científica que suporía o cambio do paradigma orixinal por outro novo. O que orixinaría a volta ao punto de partida para volver a iniciar de novo o camiño.

Ander-Egg di que o término teoría: “hoxe designa unha “construción” intelectual que se expresa nun sistema coherente de proposicións universais, comprobables e comunicables, capaces de explicar un campo problemático ou fáctico dunha mesma natureza” (1995, p. 290). Poderíase dicir que é un conxunto de ideas coherentes entre si con capacidade explicativa da realidade, as cales formarían un sistema. Esas ideas ademais serían comunicables a outros/as.

Neste sentido, pódese estar de acordo en que: “as teorías proporcionan definicións prácticas do mundo que nos rodea. O fan intelixible. Realmente a construción teórica é construción da realidade. As nosas teorías definen o que vemos” (Argyris e Schön, 1974, p. 18). De aí a importancia, como se dixo anteriormente, de explicitar esas teorías e saber ata onde e como nos levan a onde queremos ir.

2.3.2. Os modelos

Se a continuación damos un paso máis no noso camiño cara a concreción, e a aplicación dos coñecementos a unha intervención profesional, atopariámonos nos modelos. Pero, que é un modelo? Na resposta a esta pregunta o nivel de complexidade parece aumentar. Se en algo aparentan estar de acordo os autores/as consultados é no esquivo do significado deste concepto. O termo modelo é cualificado de non unívoco por Ander-Egg (1995), de polisémico por Viscarret (2010, 2012); e Ferrater Mora insiste en que: “pode ser empregado en diversos sentidos” (1990, p. 2246). A propia Real Academia Española (2001) parecería estar de acordo con estas consideracións, si temos en conta que distingue once acepcións diferentes do termo modelo.

O creador do concepto de modelo foi o físico austríaco Ludwig Boltzmann, dende entón a verdade deixa de estar vencellada a unha realidade obxectiva completa para pasar a depender dun resumo formalizado, é dicir, unha realidade construída, que deixa de aspirar a ser unha fotografía da realidade (Álvarez-Uría e Varela, 2004).

Por outra banda, se acudimos ao nivel epistemolóxico o termo modelo pódese definir como unha descrición ou representación dunha parte da realidade, baseándose nunha teoría e apoiándose

nos presupostos ou principios da mesma. Como di Loeb: “É relativamente sinxelo ter unha teoría sen un modelo, pero non é doado ter un modelo sen unha teoría” (Loeb, 1960, p. 2). Todo modelo debe ter por detrás unha teoría que o ampare, aínda que sería posible encontrar algunha teoría que non tivese modelo algún que a desenvolvese.

Campanini e Luppi, utilizando ideas de Reid e Epstein explican as relacións entre os modelos e as teorías dicindo que:

O modelo ten unha función fundamental de descrición e definición e que por tanto non coincide coa teoría, que debe en cambio ser proposta como base e xustificación do modelo. A teoría da os presupostos sobre cuxa base pódese construír un modelo para a práctica. O modelo recibe, pois, da teoría unha estrutura analítica e permite un exame das cuestións que de tanto en tanto se plantexan na operatividade profesional. O modelo, entón, remitíndose aos aspectos teóricos, ofrece a posibilidade de codificar para que se actúe dun modo determinado respecto dunha situación dada. Teoría e modelo son, por conseguinte, elementos distintos e o modelo arraiga na teoría (Campanini e Luppi, 1996, p. 16).

Pero, que caracterizaría un modelo? Un modelo segundo Viscarret (2012) caracterizaríase por ser unha idealización incompleta da realidade que permite unha aproximación esquematizada a un obxecto de estudo. E que, por outra banda, guía o traballo profesional facilitando o deseño de protocolos que permiten unha acción profesional máis controlada e avaliable.

Werner A. Lutz (1968) distingue oito dimensións que estarían presentes en todos os modelos:

- O tipo de fenómenos aos que se dirixe o modelo.
- Unha serie de conceptos para dar conta dos problemas cos que se vaia a intervir.
- Os obxectivos, métodos, técnicas, ou procedementos a usar dentro do modelo.
- Os medios ou marcos institucionais para a súa implementación.
- Unha socioloxía da práctica.
- Os valores e a ética subxacentes.
- A concepción do individuo obxecto de estudo ou intervención.
- A natureza da relación que se establece entre o/a profesional e a persoa usuaria.

Os modelos caracterizaríanse polo seu carácter operativo, é dicir, pola súa aplicabilidade á práctica profesional. Mathilde du Ranquet falando do caso do traballo social sinala que un modelo “describe o que o traballador social fai, é dicir, a maneira en que recolle os datos, elabora unha hipótese, elixe os obxectivos, estratexias e técnicas que conveñen aos problemas encontrados” (1996, p. 4). Este enfoque operativo tamén pode atoparse na base dos plantexamentos de Malcolm Payne (1995) e Ezequiel Ander-Egg (1996).

Este tipo de definición do concepto de modelo coincidiría co da psicoloxía e a psiquiatría, daquela pódese definir un modelo como un constructo teórico que explica unha parte da realidade; no caso do traballo social soe ser o comportamento humano (individual, grupal ou comunitario), e que baseándose nesa explicación (teoría) da forma a uns certos protocolos de actuación que guían a práctica profesional e aseguran a súa cientificidade. Cando o traballo social exerce en ámbitos sanitarios de atención á saúde mental habería que sumarlle a isto a propia explicación da doenza que se esté a tratar, e aí entraría a psicoloxía e a psiquiatría.

Así pois o modelo convértese na correa de transmisión dos contidos do imaxinario á práctica profesional concreta dunha disciplina determinada. Neste sentido o modelo médico sería o que interpreta a intervención profesional dentro da saúde mental a partir da relación médico/paciente. É dicir, existe un polo do binomio, o médico, investido dun saber profesional que dota, á súa vez, a esa persoa dun poder. A relación que se establece non sería de carácter horizontal, senón que o saber a converte en totalmente vertical. Esta relación adoita establecerse a través da asunción do rol de enfermo por parte da persoa obxecto de intervención. O rol de enfermo leva aparellada a

asunción do poder profesional que pode resignificar a propia relación, ou o proceso de curación. Isto pode suceder, mesmo, en ámbitos nos que o/a profesional de referencia non sexa médico.

Así a interacción entre unha persoa e un/ha profesional que o atende podería facer asumir á persoa atendida distintos roles. O máis obvio sería o de paciente como se explicou no parágrafo anterior. Pero habería máis opcións, por exemplo, podería asumir a forma de usuario/a. Por definición, a persoa usuaria utiliza un servizo determinado, pero este rol marca menos claramente o poder asumido polo profesional xa que o paciente é o que espera, que espera? A acción dun/ha profesional. A estes roles podería sumarse o de cliente/a. Todos eles influen simbólicamente no contexto de intervención profesional, invertindo as responsabilidades e a autoridade dos individuos participantes na relación que se estableza.

Por exemplo, Cole e Le Jeune (1972) concluíron nunha investigación que algunhas mulleres atendidas dende os Servizos Sociais de Nova York interpretaban o feito de ser atendidas por este tipo de institucións desde significados de fracaso que lexitimaban a través da asunción do rol de enfermas. Estas mulleres se “empoderaban” a través da deixación dalgunhas das súas responsabilidades como nais. O rol de enfermo, neste caso, reducía o estigma cara o seu papel de nais, é dicir, non coidaban aos fillos porque estaban enfermas e isto limitaba as súas capacidades, non porque elas non soubesen ser nais ou, nun momento determinado fixeran deixación das súas obrigas como nais.

Ademais, habería que ter en conta que, como se verá nesta investigación, do estudo dos profesionais da psicoloxía entrevistados/as pódese concluír que a relación entre imaxinario e modelo non ter por que ser simple e directa, é dicir, os devanditos profesionais sitúanse ao mesmo tempo no modelo médico e no imaxinario psicolóxico. Os/as participantes interpretan as relacións que entablan cos seus clientes/as modelados na relación médico/paciente, inscritos no ámbito da comprensión do poder que implica esta relación. Pero a súa comprensión da enfermidade mental ven construída polo imaxinario psicolóxico. Así pois, sería necesario ter en conta que os procesos sociais, e a intención de obter determinadas vantaxes, poden provocar que determinados sectores de poboación cedan en determinados sentidos, para alcanzar certas cotas de poder social (ver capítulo 19).

2.3.3. O estilo profesional e a elección de modelo

Considérase necesario introducir unha observación que ten a súa orixe no campo da terapia no sentido de que a elección dun modelo por parte dun/ha profesional pode estar influído polo imaxinario social da doenza mental e da percepción que éste poida estar construíndo. Segundo esta idea, non se trata só “da elección do modelo, senón que ademais, unha vez seleccionado este, a aplicación das técnicas ou estratexias será rexida polo bisturí epistemolóxico persoal” (Ceberio e Linares, 2005, p. 54). É dicir, algúns aspectos ou características individuais ou sociais poden influír na elección do modelo profesional a aplicar (ver táboa 8). E unha vez elixido o modelo este baséase na epistemoloxía e o universo simbólico “marcado” polo imaxinario social que esté na súa base servíndolle de alicerce. Esas variables persoais que orientan a elección de modelo profesional son (Ceberio e Linares, 2005): a cultura, mitos, valores e crenzas persoais, a ideoloxía política, o momento do ciclo vital no que se atope o/a profesional, a historia persoal e familiar de cada individuo e as súas características persoais e relacionais.

Táboa 8: Variables que inflúen na elección de modelo por parte dos/as profesionais

Variables persoais	Variables contextuais
A cultura, mitos, valores e crenzas persoais.	O contexto sociocultural onde se aplique o modelo.
A ideoloxía política.	A clase social coa que se vai a traballar.
O momento do ciclo vital no que se atope o/a profesional.	O ámbito de traballo: público ou privado.
A historia persoal e familiar de cada individuo.	A historia da persoa usuaria.
As súas características persoais e relacionais.	O problema ou necesidade sobre a que se quere intervir.
	O tipo de intervención a implementar.

Fonte: Ceberio, M. R. e Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.

Para rematar este capítulo pódese recordar o seu contido dicindo que a percepción social caracterízase por estar influída (orientada e construída) polos imaxinarios sociais que son esquemas que a través do establecemento de diferenzas e distincións crean realidades plausibles que son lexitimadas a través dos significados asignados.

Distinguíronse catro imaxinarios que afectan á percepción da doenza mental: o imaxinario biomédico, o sociolóxico, o psicolóxico e o do escándalo. E como os imaxinarios inflúen na práctica dos profesionais a través dos modelos.

Daquela podémonos preguntar que concepto de enfermidade foi xurdindo ao longo da historia, que significados lle foron asignados e como influiu esa percepción da enfermidade nos TCA. Responder a estes interrogantes será o que se faga no seguinte capítulo deste traballo.



CAPÍTULO 3

A CONSTRUCCIÓN SOCIAL DOS TCA

A Socioloxía médica focalízase na construción social das categorías de trastorno (*disease*) (“enfermidade” (*illness*), “pecado” (*sin*) e “desviación” (desviación) a través das cales os individuos son clasificados e regulados polos grupos profesionais (...). A enfermidade (*Illness*), así como o crime, non será explicada satisfactoriamente en socioloxía por unha abordaxe estreita e unidimensional. Dado o carácter da enfermidade crónica nas sociedades avanzadas é necesario unha abordaxe multidisciplinar (...) a apertura teórica nas explicacións da enfermidade (*Illness*) non é so desexable senón necesaria.

Bryan S. Turner (1995)

Neste capítulo vaise levar a cabo un percorrido polos procesos sociais que construíron unha percepción determinada da enfermidade mental, e máis en concreto, dos trastornos da conduta alimentaria. Explicarase como este tipo de procesos foron parellos á propia aparición da medicina como práctica social nun primeiro momento e como disciplina científica un pouco máis adiante.

Verase como a “construcción” histórica da enfermidade foi vehiculada a través de dous procesos principais. En primeiro lugar, na concepción da enfermidade foise producindo un paulatino proceso de sacralización. Unha vez rematado este iniciouse un proceso de medicalización.

Considérase de especial importancia a percepción que poidan ter os/as diferentes profesionais sobre o seu obxecto de traballo. Non será o mesmo que unha persoa as perciba como enfermidades, que se as percibe como problemas da vida ou entidades biolóxicas resistentes á influencia da propia sociedade ou cultura.

Dende un punto de vista antropolóxico ou sociolóxico a definición da enfermidade e da doenza mental en concreto, non teñen límites claros. A continuación inclúese un marco explicativo que permita a introdución dunha serie de reflexións sobre a concepción da enfermidade, tanto nas distintas culturas como nas distintas épocas, prestando iso si, especial atención aos trastornos da conduta alimentaria. Xa que este tipo de trastornos, como todas as enfermidades mentais, consideraránse no marco deste traballo como constructos elaborados pola disciplina médica.

A devandita consideración da enfermidade como unha realidade social, vólvese máis chamativa no caso da doenza mental. Algunhas culturas incluiron aos enfermos mentais nos imaxinarios sociais do chamanismo ou da iluminación. Mentres que a cultura occidental tendeu e tende, á estigmatización, marxinación e exclusión das persoas con trastornos mentais, sexan do tipo que sexan.

En concreto, farase un percorrido pola forma que adoptaron as distintas fenomenoloxías históricas que se identificaron, dunha ou doutra maneira, como disfuncións que afectaban á alimentación e á imaxe corporal; e irase perfilando o fío condutor a través da colonización das disciplinas médicas da capacidade simbólica de definición da enfermidade mental. Este proceso fixo que os significados asignados á enfermidade variasen ao longo do tempo, dende interpretacións ligadas ao sagrado a interpretacións sacralizadas e vencelladas a universos simbólicos de tipo biomédico, que explican a enfermidade mental a través de interpretacións predominantemente biolóxicas, nos derradeiros tempos xenéticas, e identificando a enfermidade mental como unha entidade natural ao xeito do resto das enfermidades, asignándolle significados que identifican a enfermidade ca patoloxía, a desviación e a anormalidade. Polo tanto, prodúcese paulatinamente, un proceso de redución do abano de significados que ao longo da historia fóronse asignando á enfermidade, ata convertela en algo obxectivo, físico, aséptico. E que debe estar en mans de profesionais que imporán a súa mirada médica sobre ese “obxecto”. Algo que dista, como se verá, de corresponderse ca realidade social da enfermidade mental, un constructo impregnado de significados asignados socialmente e que definen os seus contornos e límites.

3.1. A ENFERMIDADE: UNHA APROXIMACIÓN TERMINOLÓXICA

Nunha das súas obras, Lisón Tolosana faise unha pregunta especialmente relevante dado o obxecto de investigación deste traballo “Que é a enfermidade? a resposta parece obvia, pero non o é. Nin sequera no interior da nosa propia cultura” (1981, p. 189). Este antropólogo explica que a enfermidade é unha construción social, de aí, situacións como as orixinadas polo feito de que a principios do século XX, en Misissipi a malaria fora tan común, que nin sequera se considerara unha enfermidade.

García-Sabell (1966) abunda na idea da complexidade da delimitación do concepto de enfermidade cando di que esta entraría dentro da tipoloxía de cousas que se definen pero non se entenden.

Aproveitando a particularidade de que o inglés ten distintos termos para referirse á enfermidade, Kleinman, Eisenberg e Good (1978) diferenciaron: 1. *Disease*: definíndoo como a enfermidade que ten a súa orixe nas anormalidades na estrutura ou na función dos órganos ou do sistema orgánico (corpo). 2. *Illness*: incluíría a experiencia dos cambios discapacitantes tanto na parte orgánica como na función social. Como din os devanditos autores incluíría “a experiencia humana da enfermidade (*sickness*)” (1978, p. 251).

Kleinman (1988a) posteriormente afina esta clasificación incorporando un novo concepto de enfermidade:

- A enfermidade como experiencia (*Illness*): viría definida, a través do sentido común, polos procesos corporais que implica a enfermidade, a maneira na que a familia —e a rede social— o percibe, como o vive. Ademais de por como se da resposta aos síntomas que incapacitan á propia persoa (sentimentos de vergoña pola enfermidade, perda de esperanza en mellorar, baixada de autoestima, etc.).
- A enfermidade como alteración biolóxica (*Disease*): se a enfermidade como experiencia (*Illness*) basease no que a persoa enferma, e a súa familia, lle “levan” ao médico/a á consulta, a enfermidade biolóxica (*Disease*), é un constructo elaborado polo/a profesional da medicina a partir da redución da experiencia da persoa á súa dimensión estritamente biolóxica. Kleinman di que a alteración biolóxica (*Disease*) “é o que os médicos foron formados para ver a través dos lentes teóricos da súa particular forma de práctica profesional (...) *Disease* é o problema desde a perspectiva do médico [que] é reconfigurado soamente como alteración dunha estrutura biolóxica ou funcional”(1988a, pp. 5-6). Este tipo de reduccionismos implica que, como di Kleinman (1988b) se facilita a capacidade da medicina para alcanzar o éxito (a curación), xa que nun caso concreto, pódese curar con relativa facilidade unha pneumonía, pero quizais

deixáronse de lado algúns fenómenos conexos ou concorrentes como: os sentimentos de impotencia que esta causou na persoa que a padece, a impotencia sexual que xerou debido á intensa preocupación que pasou o/a doente, os problemas económicos que padece a familia debido ao posible despedido da persoa pola prolongada baixa laboral que debeu coller etc.

- A enfermidade como realidade social (*Sickness*): viría definida, segundo este autor pola comprensión da enfermidade a partir dos procesos e influencias macrosociais (dimensión económica, política e institucional).

Xa neste intre atopámonos como unha realidade complexa, difícil de definir, e que tende á globalidade despézase en anacos. Estes “anacos” pódese considerar que responden aos imaxinarios sociais da doenza mental (ver capítulo 2). A enfermidade como experiencia (*Illness*) derivaría do imaxinario psicolóxico, a enfermidade como alteración biolóxica (*Disease*) do imaxinario biomédico e a A enfermidade como realidade social (*Sickness*) do imaxinario sociolóxico.

Posteriormente, Hahn (1995) suma a esta panoplia de termos o concepto *Disorder*, que soe traducirse por trastorno, aínda que esta tradución segundo algúns autores, (Gracia-Arnáiz e Comelles, 2007) o único que consegue é reforzar a reificación da doenza mental, aínda recoñecendo que no caso dos trastornos de alimentación o *idiom* inglés *Eating Disorder*, non ten unha posible versión literal, xa que esta corresponderíase coa expresión *desorde comendo*. Segundo os citados autores (Gracia-Arnáiz e Comelles, 2007) fóra do ámbito do imaxinario biomédico enténdese que a mellor maneira de apprehender os TCA ven da análise da conduta alimentaria e dos procesos que inflúen no corpo; entendendo este campo de estudo como algo traspasado por contradicións, metáforas e valores “o corpo como prisión, a vida coma un menú, o xaxún como autocastigo, a gordura coma epidemia...” (Gracia-Arnáiz e Comelles, 2007, p. 29).

O concepto *Disorder* basearíase na idea de que a enfermidade pode estar causada non só pola persoa e o seu corpo senón por calquera cousa do universo entendendo que “Cando o universo está desequilibrado, a enfermidade (*sickness*) pode manifestarse en sitios particulares e en doentes individuais”(1995, p. 28). Hahn consideraría que estes tres conceptos (*Disease*, *Illness* e *Disorder*) funcionan como tipos ideais que orientan a comprensión da enfermidade.

A partir dos conceptos de enfermidade antes mencionados, Kleinman (1988a) distingue tres significados:

1. O síntoma como síntoma: é dicir, o síntoma como sinal dunha certa incapacidade ou tensión. Neste sentido, a cultura interpreta á súa maneira os síntomas, en palabras do propio Kleinman “Os significados dos síntomas son “verdades” estandarizadas nun sistema cultural local”(1988a, p. 10). E, por outra banda, soe ser o/a doente o que os describe a fin de diagnosticar a enfermidade.
2. O cultural como significado: cada época ou cada cultura tivo as súas enfermidades “malditas”, que marcaban cun estigma de exclusión a quen as padecía. Por exemplo, na Idade Media foi a lepra, no século XIX foi a tuberculose, no século XX foi a SIDA, etc. A lista sería interminable.
3. O significado persoal e social: neste caso prodúcese unha transferencia de significado da vida do paciente/familia á enfermidade. O primeiro nivel desta dimensión a ocuparía o síntoma encarnado no corpo, é dicir, o síntoma como unha forma de coñecer o noso corpo. A continuación, o síntoma, fálanos do propio eu, así como das relacións que mantemos cos outros, e mesmo polos mundos da vida (*Lebenswelt*) nos que estamos somerxidos.

Segundo isto, o síntoma nunca se presenta como realidade biolóxica bruta, senón que sempre aparece como unha realidade informada e construída, a través da época na que se vive, da cultura na que se desenvolve a persoa e pola sociedade á que un pertence.

Se temos en conta a historia da medicina, a partir do século XVII comeza a perfilarse o modelo médico da enfermidade a partir da realización na práctica médica de diagnósticos baseados na observación que permita establecer as causas (etiología) segundo o modelo de Sydenham (Beato, Herráiz e Rodríguez, 2015). Este proceso de redución do concepto da enfermidade á súa dimensión biolóxica vehiculada a través da desequilibrada relación médico/paciente, continúa no século XVIII cas achegas de Morgagni ao establecer o principio de correlación anatomoclínica (Beato, Herráiz e Rodríguez, 2015). Daquela

O modelo médico de enfermidade xorde do método da correlación anatomoclínica que partindo da existencia dunha alteración concreta (funcional ou estrutural), podería xustificar as distintas anormalidades no ámbito patolóxico. Por tanto, a presunción fundamental do concepto de enfermidade é a existencia dunha alteración na estrutura ou funcionamento dunha parte do organismo, evidenciable ou non polos métodos diagnósticos dispoñibles, e que interfere no desenvolvemento e capacidade de adaptación do individuo (Beato, Herráiz e Rodríguez, 2015, p. 28).

Fronte á definición estreita e limitada do imaxinario biomédico, dende a antropoloxía vense defendendo unha concepción da enfermidade ampla e que inclúe a experiencia da enfermidade, entendendo á súa vez por esta, as “sensacións, crenzas, actitudes e emocións que contribúen á conciencia da xente de que algo vai mal e non é desexable para eles” (Hahn, 1995, p. 29). A isto habería que sumar o feito de que non en todas as culturas se definiu de igual modo a relación entre a mente e o corpo. Gondar (1994), por exemplo, ven a dicir que o imaxinario occidental mantivo unha diferenciación clara entre a mente e o corpo, algo que non caracteriza os modelos de sanación de todas as culturas. Aínda que sinala que nos últimos tempos véñense recoñecendo certas canles de interacción entre estas dúas dimensións en determinadas enfermidades que presentan como síntoma asociado ao estrés (como é o caso da asma). Neste tipo de interaccións se podería incluír o que o modelo médico define como as somatizacións. É dicir, situacións nas que a mente induce ou produce algún tipo de fenomenoloxía ou sintomatoloxía no corpo, sen que medie outro tipo de causa aparente (por exemplo, que o feito de que debido a unha hipocondría se poidan desatar alteracións do ritmo cardíaco ou calquera outro tipo de alteración corporal que correlacione ca suposta enfermidade que a persoa poida crer que padece). García-Sabell (1966) abunda neste tipo de ideas no ámbito galego, ao falar das enfermidades psicosomáticas.

Este tipo de interaccións entre o corpo e a mente ou mesmo o espírito, poderíanse manter aínda hoxe en día se prestamos atención aos imaxinarios populares das enfermidades. No caso galego, algún autor (González Fernández e García Cortázar, 1994) atribuíu a causa do fenómeno da *paletilla caída* que se pode atopar en Galicia ás interaccións entre o corpo e o espírito. Os autores despois de describir o ritual desenvolvido para curar a *paletilla caída* dunha persoa, sacan a seguinte conclusión

Aparentemente é un ritual psichixénico comunitario. Ten unha doada lectura sistémica. Un membro da casa amosa un desequilibrio que é preciso harmonizar de contado. Ese membro actúa de portavoz, de chivo emisario do desequilibrio “caseño” ou comunitario. Reforzando a necesidade de que todo estea no seu sitio, de que cada quen ocupe o seu lugar, garántese a estabilidade do grupo pequeno e maila do grande, nunha sociedade na que o que hai para repartir non é moito, non chega para todos; nunha sociedade ou espazo rural no que, se se dá un paso unha chisca meirande có normal, có equilibrado, xa se pode pisa-la terra do veciño (González Fernández e García Cortázar, 1994, p. 88).

Gondar (1999) explica como as condicións socioeconómicas de Galicia, ata ben entrado o século XX: zona eminentemente rural, con deficiencias nas comunicacións (estradas e medios de transporte), dispersión poboacional, minifundismo e escaseza de medios económicos...poden

explicar que se xerasen dous tipos de enfermidades, como son: as que son de médico e as que non o son.

Mesmo desde o ámbito da psiquiatría existen autores que insisten na necesidade de modificar o imaxinario biomédico de interpretación da doenza mental para evitar o reducionismo que caracteriza a ese modelo ata permitir a inclusión das dimensións sociais e psicolóxicas (Kleinman, 1981, 1995). Neste sentido, Engel (1977) fai tempo que reclamaba a inclusión do/a doente, o contexto social e dos marcosistemas sociais, xa que as fronteiras entre a saúde e a enfermidade en realidade distan de estar claramente definidas, senón que as atopamos construídas a partir de elementos culturais, sociais e psicolóxicos; este autor propón un novo modelo que denomina biopsicosocial e que posibilitaría redefinir o trastorno (*Disease*) en termos de “problemas da vida”(Engel, 1977, p. 133), que incorporen a propia experiencia da persoa que os sofre. Ideas que foron recollidas recentemente no contexto español por varios autores (González Pardo e Pérez Álvarez, 2014; López Méndez e Costa Cabanillas, 2014), para levar a cabo unha ácida crítica da comprensión reducionista da doenza mental.

Se centramos o foco na doenza mental, Foucault (2006, 2007a) adicou unha das súas máis afamadas obras á análise da xenealoxía da categoría de loucura na sociedade occidental moderna, aínda que el mesmo a corrixe un pouco máis adiante nun curso impartido no *Collège de France* no curso 1973-74 (Foucault, 2005a). Nela distingue tres grandes épocas na historia da loucura: o Renacemento, a época clásica e a modernidade. Durante o Renacemento a loucura estaría ligada á experiencia doutro mundo, e polo tanto, permanece ligada ao sagrado. Na época clásica iníciase a separación das esferas da razón e a senrazón. A loucura vincúlase á pobreza, a persoas con comportamentos sexuais distintos, e evoluciona de estar ligada ao sagrado a estar ligada á moral; é o momento dos grandes centros de internamento como lugares que fomentan o control social sobre o distinto, o outro. Xurde entón o que Foucault (2005b) denomina o poder disciplinario, que se caracteriza por unha aplicación do tipo de poder que o exército viña utilizando dende o século XVII aos “tolos” a partir do século XVIII. Durante a modernidade predomina o proxecto diagnóstico ligado a un proceso de obxectivación do corpo mediante o uso da chamada mirada médica (Foucault, 2007b). É a época na que a psiquiatría inicia o seu lento nacemento a través de figuras como Esquirol, Pinel ou Tuke. Foucault argumenta que nace unha nova ética do traballo que non permite seguir exercendo o control cos métodos usados ata entón (o encerro), facendo, ao mesmo tempo, unha nova concepción da necesidade de asistencia ás persoas pobres que non existía ata o de entón, ao mudar o tipo de percepción que dominaba das persoas en situación de pobreza (Geremek, 1991). Geremek díranos que o aspecto externo e o corpo das persoas que exercen a mendicidade xogan un papel fundamental, xa que “As técnicas da mendicidade profesional implicaban ante todo saber expoñer achaques de seu, as enfermidades e a caquexia”(1989, p. 58). A persoa pobre ademais de selo debía parecelo, así pois, debía parecer esfameado e mostrar unha gran perda de peso. Do contrario podía pasar a ser incluída na categoría de *pobres vergonzantes* (Geremek, 1989), é dicir, aplicábaselle toda a forza do estigma social.

Acaba de facer aparición o poder psiquiátrico que “é o complemento de poder en virtude do cal o real impúxose á loucura no nome dunha verdade posuída dunha vez por todas por ese poder co nome dunha ciencia médica, psiquiatría”(Foucault, 2005a, p. 137).

3.2. A INVENCIÓN DA ENFERMIDADE

3.2.1. A enfermidade na antigüidade

Se dende a nosa posición, coma europeos inmersos en pleno século XXI, reflexionamos sobre calquera asunto considérase, que na práctica totalidade dos casos, deberémonos sentir herdeiros e debedores da Grecia clásica. Este é o caso se reflexionamos sobre as enfermidades, ou máis concretamente, dende un punto de vista constructivista, sobre a percepción que delas temos. Como se orixinou o tratamento da enfermidade?, que se consideraba era esa enfermidade?, quen inventou a enfermidade e sobre que bases se edificou tal invención?

É na Grecia clásica cando se comezou a xestar todo un pensamento de tipo racionalista/empirista en relación á enfermidade e aos coidados que requiría. É dicir, comeza o proceso de redución da enfermidade ao orgánico típico do imaxinario biomédico, que tomará pulo a partires do século XVI. En concreto, ao longo desta sección prestarase especial atención á enfermidade psíquica ou mental. Sempre quedan novos puntos de vista que como atalaias dende as que mirar o horizonte nos posibilitan un acceso totalmente novo a asuntos que, doutra maneira, poden parecernos xa manidos ou que nos conducen a camiños xa trillados e percorridos.

De onde deriva a medicina grega? Como se inventou a enfermidade en occidente? O helenista Benjamin Farrington (1992) sinala tres fontes: 1. A medicina sacerdotal dos sacerdotes de Esculapio¹⁶: esta caracterizábase por ser exercida por unha casta sacerdotal pechada e dominada polo máis estrito segredo. Na actualidade manéxase de xeito habitual a hipótese que parte das prácticas utilizadas foran de tipo hipnótico, 2. As especulacións fisiolóxicas dos filósofos: dende o inicio da filosofía grega xurdiron unha serie de nomes que mesturaban a filosofía e a ciencia. En concreto, destaca Alcmeón de Crotona, descubridor dos nervios ópticos, defensor da teoría de que o cerebro é a sede da sensación e o pensamento. E que chegou a combinar a práctica da anatomía e de pequenas diseccións de animais, con teorizacións pitagóricas. Por outra banda, atopamos a Empédocles que sería a orixe da escola médica siciliana (Kingsley, 2018); e a Demócrito, do cal consérvanse tres títulos de escritos de carácter médico, 3. A experiencia dos coidadores dos ximnasios: a práctica do deporte sempre foi un dos piares da educación grega. Os exercicios levábanse a cabo en ximnasios (*palestras*), onde os coidadores dos mesmos foron adquirindo coñecementos notables sobre fracturas, dislocacións e asuntos semellantes. Experiencia que tamén aumentaba a solicitude dos propios clientes. E así sabemos que Ico de Tarento estudou dietética e Heródico de Selimbria aplicou a ximnasia á recuperación das persoas enfermas. É dicir, ata este momento os coidados que require a enfermidade non estaban asignados á profesión médica, e, por outra banda, os significados da enfermidade estaban impregnados de connotacións sagradas. Os deuses como causa da enfermidade, a existencia de enfermidades consideradas sagradas, etc.

A helenista Raquel López Melero (2010) asegura que os gregos distinguían as enfermidades internas e importantes das feridas e enfermidades leves. A manifestación e a curación das primeiras era atribuídas aos deuses, e por iso, cando se presentaban recorriase aos adiviños para coñecer as causas, e se utilizaban formas ritualizadas para conseguir o favor das potencias sobrenaturais. Para as segundas, pola contra, podíanse atopar médicos que aplicaban os remedios cuxa eficacia validara a experiencia previa. De aí o que poderían considerarse dos tipos de curación: a medicina hipocrática e a curación relixiosa.

Arredor do 470-460 a. c. é cando se supón que nace Hipócrates de Cos, o que será considerado o pai da medicina¹⁷. En realidade, é complicado chegar a descifrar cales dos chamados *Tratados hipocráticos*¹⁸ chegou a escribir, ou mesmo, se algún é da súa autoría, ou se estes foron redactados por diferentes membros da escola hipocrática baseándose nas súas ideas. O certo é que o *Corpus hipocraticum* está formado por un total de trinta tratados, escritos cara o ano 600 a.c. Considerándose que o mais antigo foi redactado arredor do 500 a.c. consistindo, algúns deles, por exemplo, as *Epidemias* (trad. en 2007), en verdadeiras historias clínicas das enfermidades das que tratan, informando acerca do desenvolvemento da enfermidade, así como do éxito ou fracaso do tratamento.

¹⁶ Esculapio era o deus da medicina romano, asimilable ao grego Asclepio, ao que estaba adicado o célebre templo de Epidauro; do cal contan Hesíodo e Píndaro que aprendeu do centauro Quirón a arte de elaborar remedios, chegando, non só a curar a persoas enfermas, senón, mesmo a resucitar aos mortos.

¹⁷ Tópico que introducen xa na “liña do pensamento” tanto Platón coma Aristóteles. Pero cuxa gran contribución, como sinalou o historiador da ciencia Ludovico Geymonat (1985), será a introdución dunha concepción da medicina como saber indutivo, orixinado pola acumulación de observacións, é dicir, de carácter empírico. Exemplo prototípico da nova metodoloxía pódese atopar no tratado Sobre a medicina antiga (Hipócrates, trad. en 2007).

¹⁸ Pódense destacar algún dos títulos dos tratados como: *Sobre a medicina antiga*, *Sobre a enfermidade sagrada*, *Acerca do aire, a auga e a situación*, *Acerca da dieta*, *Acerca das fracturas dos ósos*, *Acerca da redución das luxacións...*

Os tratados hipocráticos partindo do principio fixado polo filósofo Anaxágoras no seu fragmento 856 (59 B21a), no senso de que “as cousas que aparecen son un vislumbamento das non patentes” (trad. en 1985, p. 401) elaboran unha metodoloxía de tipo empirista. Así, a partir de agora, para diagnosticar a unha persoa dunha enfermidade será necesario ter en conta os síntomas (tose, vómitos, etc.) distinguíndoos das causas (idades, composición das augas, etc.).

Procedeuse ao mesmo tempo, a un paulatino alonxamento da intervención divina no caso da enfermidade (aínda que, como se verá, non afectou á doenza mental). Como exemplo, temos o clásico tratado titulado *Sobre a enfermidade sagrada*, adicado á epilepsia, considerada, ata o de entón, como un castigo divino e da cal o autor do tratado, nun comentario non falto de ironía comenta:

En nada se me semella que sexa algo máis divino nin máis sagrado que as outras, senón que ten a súa natureza de seu, como as demais enfermidades (...). Pero o seu fundamento e causa natural o consideraron os homes como unha cousa divina pola súa inexperiencia e o seu asombro (...). E si vai a ser estimada sagrada polo asombrosa, moitas serán as enfermidades sagradas por ese motivo (Hipócrates, trad. en 2007, p. 101).

O empirismo gañou a partida. Todo isto derivou nunha corrente de pensamento que entronca directamente coa aplicación do método indutivo que levará a cabo Aristóteles a través da súa consideración de que “sobre os datos empíricos ou fornecidos pola experiencia constrúese a *techné*¹⁹, a verdadeira teoría”(Jaeger, 1990, p. 802).

Ao mesmo tempo que se multiplicaban os discípulos de Hipócrates, proliferaban en torno ao Mediterráneo os santuarios na honra ás divindades con poderes curativos, sendo o máis importante Asclepio; a eles acudían as persoas enfermas en peregrinación. Sendo o templo máis famoso, como xa se comentou, o de Epidauro, sito na Argólide. Este alcanzou tanta sona como os seus coetáneos situados en Delfos e Dodona. O de Epidauro contaba cunhas ricas infraestruturas para o aloxamento, un dispensario médico, un teatro –que aínda hoxe conserva unhas asombrosas condicións acústicas-, e que ten capacidade para catorce mil asistentes ás súas representacións, ademais de rutas e albergues para as persoas que chegaban en peregrinación ata alí. Entre as súas curacións se recollen nos exvotos algunhas como: a da cegueira, a da infertilidade, etc. O seu funcionamento pode rastrexarse ata unha época tan temperá como o século XI a.c. alcanzando o seu cénit a partir do século IV a.c., chegando a conservar culto como lugar de curacións ata ben entrado o século VI, sendo destruído non polas prohibicións dos cultos pagáns, senón por dous fortes terremotos.

Das prácticas levadas a cabo neste tipo de templos temos unha boa descrición no *Pluto*²⁰ de Aristófanes (trad. en 2007). Nela o comediógrafo grego conta como deitaban ao paciente no vestíbulo do templo e lle ordenaban que se durmira; a media noite aparecía o deus acompañado das súas dúas fillas e tocaba a zona enferma da persoa, tapándoa cun pano vermello; a continuación, chamaba ás serpes sagradas, e estas se introducían debaixo do lenzo para recorrerla cas súas linguas. Á mañá seguinte o/a doente espertaba curado/a. Neste sentido López Melero comenta que “a realidade é que ignoramos cáles eran as terapias que se aplicaban nos santuarios. Probablemente recorríase á hipnose. E se trataba de crear unha atmosfera favorable á suxestión do enfermo para potenciar dunha forma eficaz os recursos de seu de loita contra a enfermidade”(2010, p. 37).

Os “tratamentos” eran gratuítos, pero moitos fieis deixaban como ofrenda exvotos con reproducións das partes sandas polo deus ou arroxbaban moedas á fonte sagrada que existía no santuario.

Farase, a continuación, un brevísimo repaso polos tres modelos explicativos da loucura daquela época: o poético, o filosófico e o médico (Bennett, 1984). Como se pode ver a capacidade explicativa da loucura naquela época aínda non estaba monopolizada pola medicina. Isto permitía

¹⁹ Termo grego que se pode traducir por técnica, considerando que incluía as ideas de arte e teoría nunha perfecta fusión.

²⁰ Pluto é o nome do deus cego da riqueza do cal se conta a curación nesta obra.

unha asignación de significados non estritamente físicos ou orgánicos, que andando o tempo serán “expulsados” do imaxinario biomédico o que sitúa aos psiquiatras como as persoas coa capacidade simbólica de diagnosticar, tratar e curar a doenza mental.

Se falamos da doenza mental, o referente clásico, e non por iso menos actual, atopámolo en Eric R. Dodds e a súa excelente obra *Os gregos e o irracional* (1994). Nela, explica que calquera desviación da conduta típica, racional, normal, ou como a queiramos chamar, ten a súa orixe nun axente sobrenatural. Neste sentido atopamos o fenómeno da *ate*, definida como “un estado da mente, un anublamento ou perplexidade momentáneos da conciencia normal. É en realidade unha loucura pasaxeira; e, como toda loucura, atribúese non a causas fisiolóxicas ou psicolóxicas, senón a un axente externo”(Dodds, 1994, p. 19). O autor distingue tres posible orixes á *ate*: Zeus, a *moira* (ou o destino) e as *Erinias*²¹.

Xunto a este fenómeno nas obras de Homero pódense atopar intres nos que unha divindade concreta realiza un traspaso de poder cara un ser humano o que soe producir fenómenos como o caso de Héctor no Canto XV da *Ilíada* (trad. en 2010) onde se enfurece, vota espuma pola boca e lle resplandecen os ollos.

Pero segundo o propio Dodds “o trazo máis característico da Odisea é o modo no que as súas personaxes atribúen toda sorte de acontecer mental (...) á intervención dun demo, deus, ou deuses innominados e indeterminados”(1994, p. 24). É como si, de súpeto, os pensamentos, sentimentos ou sensacións se presentasen de improviso pola porta de atrás conxurados e impelidos polos propios deuses, e a os seres humanos non lles quedase máis remedio que acollelos na súa mente. Por iso Nilsson, no seu estudo de 1924 sobre a psicoloxía dos heroes homéricos: *Götterund Psychologie bei Homer*, cuxas conclusións repite en *Historia da Relixión Grega* (1925), defende que padecían certa inestabilidade mental debido ao seu alto nivel de labilidade emocional.

Máis adiante Platón no *Fedro* (trad. en 1992a) distingue catro tipos de loucura: a profética, a telestética -ou ritual-, a poética e a erótica. Se ben, previamente, establecera a división entre a loucura divina e a ordinaria –que sería a ocasionada pola enfermidade.

A loucura divina sería a que se ven definindo. A loucura profética sería a típica das Pitias e os oráculos. A loucura ritual produciríase na aplicación dos ritos, a oración e o culto, que pode liberar ao individuo ou á súa familia, do sufrimento orixinado por unha maldición debida a unha falta cometida no pasado. Cara o século V a.c. desenvólvese unha técnica curativa por parte dos Coribantes. Estes trataban de lograr a curación a través dun proceso de carácter catártico inducido a través da música e danzas de carácter orxiástico. Ditos tratamentos segundo Platón eran aplicados na pescuda da curación de estados de fobia ou estados de ansiedade, describindo o proceso do seguinte modo:

Estes dous sentimentos son temor e os temores existen por un mal estado da alma. Cando alguén desde fóra imprime unha axitación a eses sentimentos, o movemento exterior predomina, porque asimila ao interior que é asustadizo e frenético e, como ao dominalo posibilita que a alma se calme e se tranquilicen as rápidas palpitacións dos temerosos -algo absolutamente agradable-, nun caso fai que uns alcancen sono, mentres que noutros, coa axuda dos deuses aos que todos elevan sacrificios con bos augurios, provoca que, espertos e bailando ao ritmo da frauta, alcancen un estado de lucidez e sobriedade que reemplaza o seu frenesí. Así obtén este fenómeno, para dicilo en dúas palabras, unha explicación verosímil (Platón, trad. en 1999, p. 14).

A loucura poética sería a propia deste tipo de oficio. Agora ben, segundo sinala Guthrie: “Platón chamou por doquier inspirados aos poetas e aos profetas, pero cunha ironía máis ou menos evidente: o seu hábito divino explica o feito de que eles non saiban o que están dicindo e, nisto, están no mesmo nivel que os políticos”(Guthrie, 1990, Vol. IV, p. 400).

²¹ Espíritos da vinganza na Grecia Clásica.

A loucura erótica sería a loucura do amor. É o amor o que fará medrar as ás da alma para poder enfrontarse ao seu ascenso nun dos senlleiros e magníficos mitos platónicos, para ter acceso á verdadeira realidade da que esta non sería mais que un pálido reflexo.

Se se da un paso máis podémonos preguntar onde quedan situados os TCA neste tipo de clasificacións e interpretacións.

3.2.2. Os significados dos TCA

Nesta sección expóranse os distintos significados que se lle deron historicamente aos TCA deixándose para o seguinte capítulo a definición e clasificación dos mesmos, xa que cronoloxicamente a definición médica deste tipo de trastornos é o final do camiño. Así, cando se fala da orixe histórica dos TCA na literatura pódense atopar dous xeitos diferentes de interpretar esta.

Por unha banda, estarían os autores/as que sinalan que existen unha serie de alteracións da conduta alimentaria que pode ser interpretada como unha temperá aparición dos TCA na historia da humanidade. Tales alteracións poderían entenderse como os precedentes dos modernos TCA (Hepworth, 1999; Jáuregui, 2006).

Por outra banda, parte da literatura identifica a aparición dos trastornos coa descrición medicalizada dos mesmos que rematará co recoñecemento das entidades nosográficas nos diferentes manuais diagnósticos, é dicir, ca descrición que inicia Richard Morton no século XVII, e que rematan de aquilatar, Gull e Lasèque cara finais do século XIX (Baile e González, 2016; Beato, Herráiz e Rodríguez, 2015; Calado e Lameiras, 2014; Gordon, 1994; Perpiñá, 2015).

Isto implica que algúns autores/as defendan a continuidade histórica entre os comportamentos que se describirán e as entidades nosográficas actuais (Bell, 1985; Bemporad, 1996; Halmi, 1983; Selvini Palazzoli, 1974; Toro, 2015). Así, por exemplo, Selvini Palazzoli di nunha das súas obras que: “é moi posible que casos de anorexia foran coñecidos dende tempos inmemoriais; en calquera caso a historia da psicoloxía médica deixa claro que o trastorno non era infrecuente na Idade Media (entre bruxas, mulleres posuídas polos demos e pseudomísticas)” (1974, p. 4).

Fronte a eles algúns autores/as defenderían a discontinuidade na fenomenoloxía dos TCA (Brumberg, 1988; Habermas, 1989, 1992; Malson, 1998; Russell, 2006; Tolstrup, 1990), alegando como principal obxección o feito de que resulta moi difícil poder demostrar nos casos históricos o medo a engordar das persoas, o que se considera un dos principais criterios diagnósticos deste tipo de trastornos. Aínda que haxa algún autor (Lee, 2001), que critique o uso do medo a engordar como criterio diagnóstico dos TCA xa que se podería considerar que aquel non está suficientemente descrito no DSM e que, por outra banda, o uso do mesmo basease nun intento de homoxeneizar os xeitos de presentación destes trastornos ao que estes resístense pola diversidade histórica e cultural que asume a devandita fenomenoloxía (Lee, 2001). A isto se sumarían as diferentes razóns, xustificacións ou significados que se lle deron historicamente ao xaxún, que se tratarán no capítulo adicado ao corpo neste traballo.

Coa intención de mediar nesta polémica Toro (2015) argumenta que existirían algunhas características comúns entre os TCA actuais e as distintas formas históricas: a redución da cantidade de comida ingerida, a perda de peso —e mesmo presenza da malnutrición—, a obsesión na busca dos seus obxectivos e os medios para alcanzalos: vómitos, laxantes...a hiperactividade, as crises emocionais, o illamento social e os comportamentos obsesivos e/ou autolesivos. Así Toro (2015) apunta que todas as persoas que sufriron historicamente este tipo de fenómenos poderíase considerar que padecían de medo a engordar, aínda que tal vez ao existir outro tipo de motivacións ou significados conexos non se sufriría o mesmo nun nivel moi alto, algo que sería característico dos trastornos na súa fenomenoloxía actual.

Se se admite a continuidade entre os actuais trastornos e as formas históricas da distinta fenomenoloxía alterada da alimentación, podemos rastrexar os antecedentes máis remotos na antigüidade clásica. Así en Grecia xa atopamos relatos da realización de xaxúns de tipo ritual (por

exemplo na festa das *Tesmoforias*). O propio termo bulimia procede etimoloxicamente do grego (*boul/limos*), significando fame de boi (Carballeira, 2015; Coromines, 2008). Namentres que anorexia procedería tamén do grego (*an/orexia*), tendo o significado de falta de apetito²².

Pódense localizar relatos de prácticas bulímicas por parte dos soldados gregos (Xenofonte, trad. en 2001) e críticas aos persas polo feito de ter perdido o costume de absterse de comer e beber durante as marchas militares (Xenofonte, trad. en 1987). E, mesmo Hipócrates (trad. en 2007) establece a diferenza entre a fame normal e a fame excesiva ou *boulimos*. Na táboa 9 pódense ver recollidos diferentes exemplos de condutas alimentarias que algúns autores modernos consideran que entran dentro do campo dos TCA.

Táboa 9: Fenomenoloxía asimilable aos trastornos da conduta alimentaria

Época	Fenómeno
Grecia clásica	Prácticas bulímicas por parte dos soldados gregos (Xenofonte, trad. en 2001)
Grecia clásica	Os alimentos como fonte de saúde, busca do equilibrio, a fame normal e o <i>boulimos</i> (Hipócrates, trad. en 2007)
Imperio romano	Falase de <i>kinos orexia</i> ou fame canina (Galeno, trad. en 1997)
Imperio romano	As bacanais e o <i>vomitorium</i>
Idade Media ²³	Anoréxicas santas (Bell, 1985)
Século XIX	Fasting girls (Brumberg, 2000)
Século XIX	Aparecen fenómenos ligados a espectáculos como os esqueletos vivintes (<i>Living skeletons</i>) e os artistas da fame (<i>Hunger artists</i>) (Vandereycken e Deth, 1996)

Na literatura científica (Calado e Lameiras, 2014; Hinojosa, 2009), examínase o fenómeno das *anoréxicas santas* que se deu no medievo (Bell, 1985). Nesa época histórica, e ata o *Renacemento* (que como se explicará no capítulo 5 troca o imaxinario do corpo, e comeza o proceso de secularización), pódense atopar testemuños e documentos sobre mulleres que practicaban o xaxún (ou que só se alimentaban da hostia consagrada), e que buscaban alcanzar a purificación mediante a práctica da penitencia. Aínda que para algunha autora, posicionada nun marco de interpretación feminista “os comportamentos anoréxicos destas mulleres tiñan como finalidade redimir a súa indignidade e inferioridade, pero ao mesmo tempo libéralas do seu habitual estado de submisión respecto ao home”(Calado e Lameiras, 2014, p. 35). En calquera caso, Bell (1985) levou a cabo a súa investigación sobre a situación de 261 mulleres, recoñecidas como santas, venerables ou, a lo menos, como servas de deus pola igrexa católica e que viviron na península italiana desde o 1200 ata o momento actual. Un dos casos aos que lle adica máis atención, e que será repetido *ad nauseam* na literatura, é o de Catalina Benincasa, coñecida como santa Catalina de Siena. Baseándose nos propios testemuños directos de Catalina e nunha biografía escrita pouco despois do seu pasamento polo seu confesor e guía espiritual: Raymond de Capua, Bell (1985) cóntanos como esta muller comezou a idades moi temperás a restrinxir o consumo de alimentos; reducindo por etapas o tipo de alimentos que podía comer, ata que se pode dicir que se deixou morrer de fame. No momento da súa radical conversión –cando aínda non tiña dezaseis anos-, só comía pan, vexetais crus e auga. Parece ser que arredor dos vinte e cinco anos deixou de comer e só bebía. Ante a sospeita da xente que a rodeaba de que tiña un pacto co demo, xa que se mostraba máis activa cando non comía, obrigárona a comer. Isto so logrou que comezase o característico ciclo de inxestas e vómitos típicos das persoas con anorexia. Bell (1985) sinala algunhas características da situación que poden ser

²² www.dicciomed.eusal.es/palabra/anorexia.

²³Xunto a Catalina Benincasa poderíanse citar a Bona di Pisa, Franca di Piacenza, Beatrice d’Este, Angela da Sciacca, Elena Enselmini, Diana d’Andalo, Balbina di Assisi, etc.

entendidas como típicas dunha fenomenoloxía anoréxica como: a redución da cantidade de comida, vómitos, rexeitamento dos alimentos²⁴, hiperactividade, visións, grandes perdas de peso²⁵, febre, hemorrxias subcutáneas e épocas de depresión. Finalmente, o 1 de xaneiro de 1380 durante a súa meditación toma a decisión de deixar de tomar auga. Tras isto pasa unha longa agonía enchida de medos, dúbidas, parece ser que convulsións e tras uns días de estado comatoso, morre o 29 de xaneiro. José Carlos Montalbán sinala (2016) que no momento do seu pasamento Catalina tiña un peso duns 25 quilos.

Bell (1985) interpreta todos estes sucesos aplicando pautas de carácter psicosocial, xa que para este historiador este tipo de comportamentos corresponderíanse con motivos de rebeldía. Isto explicaría por que rapazas, en principio, obedientes e submisas aspiran á súa autonomía do poder familiar a través da súa oposición a este mundo. A enfermidade asumiría a forma do escudo que lles permitía a estas mulleres desenvolver o rol de persoas con “poder” xa que, segundo Bell (1985), na cultura occidental castígase a posible desviación levada a cabo polas mulleres do seu camiño de submisión ao pai, ao home, e, en xeral, á sociedade. Hinojosa o explica dicindo que “a sexualidade feminina é negada polo suxeito, desde a súa inclusión no discurso relixioso, e a forma en que o saber, a partir de aí, delimita e regula o seu corpo”(2009, p. 135). Dende outro marco de referencia Hepworth dirá que “Durante os tempos nos que a corporalidade da muller entraba en conflito ou cos desexos da súa familia e/ou cos conselleiros relixiosos, o corpo das mulleres converteuse no obxecto de repulsión e castigo”(1999, p. 14). Comeza a asentarse o paradigma da valoración da muller como o Outro, é dicir, a muller como o outro lado do paradigma “normal” –o masculino-. Paradigma que aparece, xa non só como normal, senón como normativo: o masculino como o ideal a alcanzar. A feminidade definida en termos de ben e mal que vai a supoñer toda unha serie de significados como a Virxe e a Puta (Hepworth, 1999; Ussher, 1991). É a través deste tipo de procesos que se encardinan ao binomio saber↔poder como se vai a producir a evolución desde a autoridade relixiosa á autoridade médica, é dicir, os procesos de medicalización da enfermidade, da doenza mental, do discurso e dos significados asignados á loucura, ao corpo, á curación, ao sexo...

Táboa 10: Evolución histórica dalgúns trastornos da conduta alimentaria

Trastorno	Antigüidade	Idade Media	Séculos XVII-XIX	Século XIX	Séculos XX-XXI
ANOREXIA	Xaxún ritual	Anoréxicas santas	Secularización	Casos clínicos	Anorexia nerviosa
BULIMIA	Prácticas bulímicas	O vómito como penitencia	Kynorexia e Bulimia emética	Casos clínicos	Bulimia nerviosa

Fonte: Adaptado de Calado, M. e Lameiras, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿son los medios de comunicación tan influyentes?*. Valencia: Tirant Humanidades.

Ata este punto da explicación atopámonos con que a experiencia das distintas condutas alimentarias está dominada pola experiencia do sagrado (ver táboa 10). Na Grecia clásica xa se producen prácticas de xaxún ritual vencelladas en ocasións a determinadas festas. Na Idade Media atopamos o fenómeno das anoréxicas santas. A bisagra, no caso dos TCA, que artella a comprensión destes vencellados ao sagrado e o inicio do proceso de secularización pode situarse no século XVII, e, en concreto, no fenómeno histórico da bruxería. A bruxería permitiría que o monopolio sobre o corpo feminino que ata o de entón exercía a relixión a través do clero, mude cara o monopolio da profesión médica (Hepworth, 1999). Este cambio será posible segundo Foucault

²⁴Bell relata como Catalina chegou durante unha tempada en que coidaba a unha persoa enferma que tiña pus, a recoller o pus e a inxerilo. Sendo isto o único que comeu durante esa época.

²⁵Segundo Bell Catalina chegou a perder a metade do seu peso corporal nun corto espazo de tempo.

(1990), como se dirá a renglón seguido grazas aos novos pasos que se deron no proceso de medicalización.

O fenómeno da bruxería tivo desde moi cedo unha interpretación que o ligou á doenza mental e o seu tratamento (Foucault, 1990; Szasz, 1974, 2008; Turner, 1995). Szasz subliña que no século XVII “para ser considerado tolo, bastaba con estar abandonado, necesitado, ser pobre ou rexeitado polos pais ou a sociedade” (1974, p. 27). Este tipo de situacións xustificaba a posta en marcha dos intentos de solución das mesmas, é dicir, encerrar ás persoas nos hospitais mentais. Non se debe esquecer que como escribiu Foucault (2006) o Hospital Xeral de París foi fundado en 1651, aínda que o primeiro hospital que prestou asistencia sanitaria específica, segundo López-Ibor (2008), sería o Hospital de Valencia fundado no 1409 e inaugurado o 1 de xuño de 1410 por Joan Gilabert Joffré. As propias normas deste Hospital permitían recoller das rúas ás persoas con enfermidade mental e recluílas, voluntariamente ou pola forza na devandita institución, a non ser que estiveran baixo a custodia dos seus pais.

A enfermidade, segundo Foucault (1990) nesta época sofre unha transformación pasando de estar baseada no binomio maldade/mentira a basearse na dicotomía establecida entre o normal e o patolóxico. Segundo o autor francés é a propia igrexa a que apela á intervención dos médicos para demostrar que non existen fenómenos sobrenaturais ou extraordinarios, senón que os sucesos son explicables por medios naturais. Isto converterá a medicina na “ciencia da normalidade dos corpos” (Foucault, 1990, pp. 65-66). O rol médico incorporaría a capacidade de “crear” a loucura; neste sentido “O poder do médico permítelle producir dende agora a realidade dunha enfermidade mental cuxa característica é reproducir fenómenos por completo accesibles ao coñecemento” (Foucault, 1990, pp. 73-74). Esta necesidade de permitir acceso ao coñecemento será a que, segundo Foucault, converterá ás persoas con histeria nas perfectas enfermas, xa que a súa ampla panoplia de síntomas as situaba como as perfectas vítimas susceptibles de ser sometidas a un proceso que as convertese nun caso clínico a través da aplicación dun discurso científico que as describía e diseccionaba, por todo isto “desde o século XVIII, [a medicina] constitúe unha actividade social”(Foucault, 1990, p. 98). Os estados desta época, seguindo de novo a Foucault (1990), empezan a asumir o corpo humano coma un obxecto a controlar, e utilizarán como ferramenta para conseguilo a incipiente medicina dotándoa do poder simbólico de “creación” da enfermidade. A medicina estende os seus tentáculos máis alá dos límites das enfermidades. Utilizando a metáfora usada por Foucault, xa nada hai no exterior da medicina esta expandiuse tanto a través do proceso de medicalización que o colonizou todo. Así

Na situación actual, o diabólico é que cando queremos recorrer a un territorio externo á medicina atopamos que xa foi medicalizado. E cando se quere obxectar á medicina as súas deficiencias, os seus inconvenientes e os seus defectos nocivos isto faise en nome dun saber máis completo, máis refinado e difuso (Foucault, 1990, pp. 110-111).

A partir deste momento o imaxinario introduce, pouco a pouco, a secularización da sociedade o que segundo algúns autores fai mudar o arquetipo da rebeldía das anoréxicas santas ao da bruxa (Hepworth, 1999; Hinojosa, 2009). No caso galego o antropólogo Lisón Tolosana (1981), apuntou que a meiga é aquela que causa a enfermidade e o mal, mentres que a bruxa sería a antítese da primeira, é dicir, a que cura e mantén aos axentes perniciosos lonxe da comunidade. Este tipo de interpretación encaixa co estudo que da conta do fenómeno da bruxería dende un punto de vista sociocultural. A maior parte das persoas acusadas de bruxería eran mulleres (Lisón Tolosana, 1983; Szasz, 2008) e de estratos sociais baixos (Caro Baroja, 1991; Fernández Álvarez, 2002; Lisón Tolosana, 1983). Erick Midelfort (1972) levou a cabo un estudo de 1258 execucións por bruxería en Alemaña entre 1562 e 1684 que concluíu que o perfil das persoas executadas era o dunha muller (82%), de idade avanzada, na súa maioría parteira de profesión e de clase baixa. De feito Midelfort só foi capaz de atopar tres casos de acusacións a membros da nobreza e ningún deles rematou en execución.

Matthäus Meyfarth, crítico da caza de bruxas e que presenciou as prácticas levadas a cabo nas cámaras de tortura deixounos un testemuño arrepiante ao dicir que el mesmo vira

membros esnaquizados, ollos sacados da cabeza, pes arrancados das pernas, tendóns retortos nas articulacións, omoplatas desencaixadas, veas profundas inflamadas, veas superficiais perforadas (...). En resumen, podo testemuñar podo describir, podo deplorar como se violaba o corpo humano (Meyfarth citado a través de Harris, 2006a, pp. 191-192).

Algúns autores (Fernández Álvarez, 2002; Michelet, 2008), interpretan a bruxería como unha forma de busca de sentido a través da rebeldía debido á desesperación que sufría un pobo oprimido, unhas capas populares explotadas e sumidas nunhas condicións de vida miserentas. Fagamos a interpretación que fagamos do fenómeno este non se pode minimizar xa que, por exemplo, Marvin Harris (2006a) estima que entre os séculos XV e XVII foron declaradas culpables de bruxería unhas 500.000 persoas. Este antropólogo americano explica a bruxería da seguinte maneira

A manía da bruxería dispersou e fragmentou todas as enerxías latentes de protesta. Desmobilizou aos pobres e desposuídos, aumentou a distancia social, encheunos de sospeitas mutuas, enfrontou ao veciño contra o veciño, illou a cada un, fixo a todos temerosos, aumentou a inseguridade de todo o mundo, fixo a cada un sentirse desamparado e dependente das clases gobernantes, centrou a cólera e frustración de todo o mundo nun foco puramente local. Desta maneira evitou que os pobres afrontaran ao *establishment* eclesiástico e secular con peticións de redistribución da riqueza e nivelación do rango (Harris, 2006a, pp. 215-216).

Hepworth, dentro do estudo que levou a cabo sobre a construción social da anorexia, di que o fenómeno da bruxería pode reducirse a un ataque dalgúns monxes e cregos movidos por motivacións de carácter misóxino baseados en cargos dirixidos “ás temperás habelencias para facer abortos e administrar remedios de herbas” (Hepworth, 1999, p. 17). Estas mulleres, segundo Hepworth, rompían o monopolio que ata o de entón tiña o clero sobre o corpo da muller.

Asemade, pódese argumentar que as capacidades destas mulleres supoñían tamén outro tipo de reto ao *status quo*, xa que elas asumían, e encarnaban, outra forma de alcanzar a sanación. Ata a aparición das bruxas, no mundo occidental, era o clero, ou o médico o que asumía o rol social que permitía sandar ás persoas. Eran este grupo de “homes”, os que podían e se lles recoñecía a capacidade de sandar os corpos. O feito de que se intentase rachar este monopolio podía supoñer unha grave fenda no poder da incipiente profesión médica do momento. O que é máis, estas mulleres, en realidade, popularizaron a atención médica. Antes da aparición da bruxería só existían algúns médicos árabes ou xudeus os cales cobraban altos honorarios que só podían pagar os reis, quedando a saúde do pobo en mans dos cregos (Michelet, 2008).

Por outro lado, fai aparición un esquema dicotómico de carácter moral que permite interpretar os comportamentos destas mulleres en termos de ben/mal; isto permitiu cualificar o seu comportamento de “desviado”, sendo a separación e categorización de comportamentos un dos criterios e tácticas discursivas en que se sostivo, e sostén, a distinción entre a cordura e a loucura (Foucault, 2006, 2007a). Este tipo de esquemas de significado poden estar na base dos procesos de estigmatización, que, á súa vez, poden estar imbuídos de nocións e valoracións de tipo moral que se transmiten á percepción dos profesionais a través dos imaxinarios sociais e da socialización.

Jáuregui (2007) explica como no caso da España do século XVII o avance da ciencia médica sofre un certo parón en aspectos como a farmacopea baseada en herbas naturais e a práctica cirúrxica. Este autor explica como no século XVI a relativa bonanza económica pola que pasaba o país non tivo unha tradución a todos os estamentos sociais, polo que no século XVII atopamos en España grandes sectores de poboación exercendo a mendicidade polas rúas e prazas do país. A fame instálase no día a día da maioría da poboación o que, segundo Jáuregui (2007), fará que isto teña o seu reflexo na literatura do momento e máis en concreto no subxénero da novela picaresca. O pícaro só come o suficiente para manter o seu corpo en funcionamento, motivo polo cal bástalle comer

unhas cantas herbas; e a isto súmase o feito de que o xaxún tórnase o compañeiro fiel do pícaro, é pois un xaxún habitual e non ocasional. Jáuregui avanza a hipótese de que este xaxún responde a motivos de insubmisión, o pícaro entende “que a fame aviva o inxenio, esperta a mente” (2007, p. 63). Xunto este ideal e o compoñente social que encubre (marxinación, fame, delincuencia...), Jáuregui (2007) introduce tamén un compoñente de misoxinia na picaresca que reflectiría a existencia dalgunhas mulleres que manteñen unha serie de comportamentos como signos de rebeldía. Así pois pode chegar a entenderse o fenómeno da picaresca a partir dunha interpretación da súa conduta alimentaria como signo de rebeldía social ante unhas condicións de vida miserentas e un abuso do poder establecido a través da dominación máis salvaxe que se poida imaxinar mantendo a unha grande parte da poboación dun país pasando fame.

Tamén foi no século XVII cando mudou o significado que se asignaba ao xaxún e pasa dunha interpretación de tipo relixioso, e mesmo místico, a unha interpretación de tipo secular. Algúns autores (Álvarez-Uría e Varela, 1994; Hepworth, 1999; Turner, 1995) sitúan o vínculo entre a bruxería e a doenza mental na histeria. Esta interpretouse que era a causa da bruxería. A etimoloxía da palabra histeria, retrotráenos ao grego clásico onde designaba o útero, mentres que no século XIX, utilizaríase esta verba para referirse á causa da loucura nas mulleres. O propio Freud no *Manuscrito G. Melancolía*, datado de xeito aproximado nas súas obras completas o 7 de xaneiro de 1895, refírese á anorexia como un tipo de neurose da alimentación (Freud, 2001). Aínda que Sauval (2001), nun artigo no que fai un resumo de todas as referencias á anorexia que se poden atopar na obra de Freud (tanto recollendo referencias explícitas, como a través de perífrases ou metáforas), conclúe que o creador da psicanálise soe utilizar o termo anorexia ao falar de cadros, en troques, cando describe un caso utiliza expresións do tipo: negarse a comer, mostrarse inapetente, repugnancia á comida, perturbacións no comer... Todo isto fai pensar a Sauval (2001) que a anorexia non cumpría os requisitos para ser un cadro noseolóxico senón que se presentaba como unha serie de síntomas (vómitos, problemas para tragar, dolores de cabeza, negarse a comer, etc.) que adoitaban acompañar á histeria e a certas fenomenoloxías que presentaban os cativos.

En relación á histeria sería importante apuntar que esta foi considerada na súa época coma unha enfermidade que afectaba sobre todo ás mulleres, era unha enfermidade feminina²⁶. Scull (2011) sinala que cando William Gull da comezo á descrición noseolóxica dos TCA fíxoo ca intención de liberar ás mulleres diagnosticadas de histeria. Gull describiría en 1868 a apepsia histérica, cuxo concepto refina en 1873; ao mesmo tempo que muda a denominación de apepsia histérica a anorexia nerviosa. Neste momento propónse como cura deste tipo de enfermidades a terapia de repouso vencellada á hidroterapia como pescuda da eliminación de calquera tipo de estimulación ou incremento da capacidade intelectual (Scull, 1989; Shorter, 1997). Scull describe este tratamento dun xeito especialmente gráfico dicindo que

Os doentes eran secuestrados lonxe das súas familias (...) eran despois confinados na cama durante semanas e alimentados case continuamente con vastas cantidades de alimentos graxos. Toda lectura ou escritura, e outras formas de estimulación intelectual desvanecía. En lugar de exercicio, os doentes recibían masaxes e tratamentos eléctricos para estimular os seus músculos e a defecación (o mellor para permitir alimentarse de novo) (2011, p. 101).

O imaxinario deste momento mestura a imaxe clásica da muller asociada á inactividade e a pasividade, ca asignación da etioloxía da doenza mental á alteración dos nervios. É rechamante o feito de que a este tipo de “tratamentos” foron sometidas unha serie de mulleres con grandes inquiredanzas intelectuais como a poetisa Virginia Woolf, a activista e traballadora social Jane Addams, a novelista Edith Warthon (Scull, 2011). De feito a cura de repouso foi abandonada polo seu inventor Silas Weir Mitchell cando leu a novela *The Yellow Wallpaper* (2000) escrita por unha

²⁶ Dous dos principais disidentes desta teoría serían Charcot e Freud (Shorter, 1997). Appignanesi (2009) sinala a imposibilidade de resolver o intenso debate sobre se a preponderancia das mulleres entre as persoas recluídas debido á histeria. O que si aclara é que as mulleres serían a inmensa maioría das persoas ingresadas debido á neurose e á neurastenia.

das súas pacientes, Charlotte Perkins Gilman, na que esta explicaba a súa experiencia durante o devandito tratamento (Ussher, 1991).

En definitiva, Álvarez-Uriá e Varela dirán que os “taumaturgos e terapeutas non fabricaron da nada á muller histérica xa que [se] serviron dun dobre precedente: a relixiosa posuída e a bruxa endemoniada” (1994, p. 23). De novo, fronte aos imaxinarios de carácter sacro que influían na alimentación e na conduta alimentaria, a profesión médica empeza a ser influído de xeito hexemónico polo imaxinario biomédico. O efecto desta influencia será o proceso de descrición e definición dos diagnósticos psiquiátricos dos TCA a partir dos séculos XIX e XX, proxectándose cara a actualidade. Veremos a continuación como se levou a cabo ese proceso de medicalización da fenomenoloxía que afectaba ás condutas alimentarias que ata ese intre non era percibida dentro do campo da doenza mental.

Brumberg (2000), afirma que dentro das persoas que cara finais do século XVIII e principios do XIX estaban recluídas nun manicomio a maioría presentarían a falta de apetito como síntoma²⁷ o que os/as levaría a rexeitar a comida.

Ante a carencia dunha causa biolóxica coñecida para os TCA, no século XIX asígnase a etioloxía deste tipo de trastornos a unha alteración dos nervios, a partir de agora serán trastornos nerviosos. Asegurábase así que os TCA seguirían sendo “obxectos” tratados mediante procedementos médicos. Apuntálase, e reforzábase, o status e a xerarquía social da ciencia médica. O que, á súa vez, introduce no rol médico a súa caracterización como experto/a nestes asuntos. O/a profesional da medicina é o/a que sabe. Noutras palabras “a conexión entre a histeria e a anorexia funcionou mantendo o marco interpretativo psico-médico” (Hepworth, 1999, p. 37). A isto axudaba o feito de que algúns dos trastornos predominantes naquela época (histeria, neurastenia, anorexia) foran considerados trastornos específicos das mulleres, as cales terían algún tipo de disposición natural a padecerlos (Showalter, 1995). Elaine Showalter cristianizou os anos que median entre o 1870 e o 1914 como “a idade dourada da histeria” (1995, p. 129). Incluso algúns autores/as como Gelo, Vilei, Maddux e Gennaro consideran que a histeria foi un dos trastornos máis comunmente “asociados a doentes que nós definimos coma anoréxicos hoxe en día” (2015, p. 114). Szasz (2008), pola súa banda, considera a histeria como o paradigma da enfermidade mental.

Táboa 11: Significados asignados ao xénero masculino e feminino no século XIX

Home (o Un)	Muller (o Outro)
Racionalidade	Irracionalidade
Fortaleza	Fraxilidade
Actividade	Pasividade
Cordura	Loucura
Razón	Sentimento
Espazo público	Espazo privado
Teoría	Práctica
Autoridade	Submisión
Lóxica	Emoción

Appignanesi (2009) dinos que a histeria afectou sobre todo á poboación pobre. Esta autora argumenta que o século XIX era un momento de grandes trasvasamentos de poboación, estes fluxos migratorios producirían movementos de poboación entre os distintos países. Este proceso solapábase a outro que implicaba a emigración da poboación rural a asentamentos urbanos. Pero, ademais, case todos os autores mantiñan que esta enfermidade afectaba predominantemente ás mulleres. No século XIX movementos como o puritanismo, ou épocas como a victoriana, fomentaron que se asentasen unha serie de significados derivados dun sistema patriarcal (ver táboa 11). Estes significados fomentaban a percepción da masculinidade vencellada aos significados

²⁷ Débese recordar que Brumberg é das autoras que defenden a discontinuidade entre a fenomenoloxía anoréxica antiga e a etiqueta diagnóstica actual.

normativos, e de carácter positivo, mentres que situaban á feminidade na tesitura de vincularse á esfera das emocións, a irracionalidade e, en definitiva, da doenza mental. Esta resignificación, como se verá a continuación, comezará pola definición da histeria como enfermidade mental, e de aí trasladarase aos TCA.

A histeria segundo Appignanesi (2009) é un tipo de loucura caracterizada por manifestarse a través dunha grande panoplia de síntomas, isto a convertería nunha doenza contraditoria de seu carente dunha base detectable no corpo da muller que a padece. A histeria podía adoptar unha sintomatoloxía dunha hiperactividade física frenética –rozando case a fenomenoloxía dun ataque epiléptico- ou unha parálise case típica dun estado de contemplación mística; como podía mostrarse nunha persoa que estando en estado de vixilia atopábase paralizado/a, pero que recobraba a mobilidade cando estaba durmindo. Este fenómeno será o obxecto de estudo de personalidades como Jean-Martin Charcot e dun dos seus máis afamados alumnos, Sigmund Freud, aínda que ambos concordan en considerar a histeria como algo que se pode presentar tanto en homes coma en mulleres. De calquera xeito, Appignanesi (2009) dinos que a etiqueta noseolóxica da histeria co tempo sería repartida en varios trastornos, que ela identifica ca anorexia, a bulimia e os trastornos disociativos da personalidade.

É nese momento cando se observa o fenómeno das *Fasting girls* (Rapazas que practican o xaxún). Brumberg (2000) informa de que tanto na prensa como na literatura da época fan aparición unha serie de noticias e indicios da existencia dalgunhas mulleres que mantiñan longas tempadas de abstinencia. A pesar de que, segundo Brumberg (2000), non se poden establecer diferentes perfís en canto a clase social de pertenza, idade ou reacción das familias ao seu comportamento, os profesionais médicos chamáronas *Fasting girls*. O uso da palabra inglesa *girl*, que se pode traducir por rapariga nova, responde segundo a historiadora da que vimos falando (Brumberg, 2000) a que encaixaba ca definición de histeria, xa que nesa época os médicos coidaban que a adolescencia das mulleres era unha época do seu ciclo vital que as facía especialmente vulnerables a este tipo de trastornos nerviosos.

Así pois os TCA agroman a través do fenómeno das anoréxicas santas, que co tempo, evolucionou cara as doncelas milagreiras. Pero tras pasar un proceso de sacralización farían aparición as *Fasting girls*. O cambio de significación do fenómeno pódese comprobar polo feito de que Vandereycken e Deth (1996) indican que cara finais do século XIX adquiren popularidade os/as artistas da fame (*Hunger artists*) ou esqueletos viventes (*Living skeletons*), é dicir, rapaces e rapazas que vivían practicando o xaxún mostrábanse a modo de “espectáculo” nos que facían gala das súas habelencias, nun primeiro momento en feiras, e posteriormente en circos e parques. No caso de Claude Ambroise Seurat chegou a ser presentado ante a familia real inglesa en 1825 (Vandereycken e Deth, 1996). De Seurat dicíase que na escuridade o seu estómago era transparente se se lle poñía unha luz por detrás, e que os médicos afirmaban que se podía ver o latexo do seu corazón a simple vista dada a súa extrema delgadez (Vandereycken e Deth, 1996). Tras a aparición do cinema varios destes artistas apareceron nalgúnhas películas, e os “espectáculos” mudaron o seu lugar natural de celebración dos circos e feiras ao cine, desaparecendo case por completo cando estalou a Segunda Guerra Mundial (Vandereycken e Deth, 1996).

Unhas das primeiras descrições clínicas duns casos de anorexia, entendendo por este termo a etiqueta nosolóxica na que chegará a converterse este trastorno no século XX, é como se dixo o artigo de Gull de 1868 no que se refire á anorexia como *hysteria aepsia*; con posterioridade Lasègue (2000) publica en 1873 *Sobre a anorexia histérica*. Finalmente, como se apuntou, Gull publica un artigo en 1874 no que xa utiliza a denominación anorexia nerviosa. Ambos autores concordan en que este tipo de problemas danse en mulleres novas, e que soen presentar como sintomatoloxía: “amenorrea, estreñimento, bradicardia, hipotermia, edema nas pernas e cianose periférica” (Calado e Lameiras, 2014, p. 38). Citan, asemade, como variables que inflúen de maneira importante na evolución do trastorno: a idade, o estilo de vida e as relacións familiares e sociais.

A partir deste momento vanse desenvolvendo as entidades noseolóxicas que rematarán por ser a anorexia, bulimia, etc. Pero non por iso se aclara moito máis a evolución deses diagnósticos (ver táboa 12). Os procesos sociais relatados veñen a responder da evolución da percepción dos trastornos dos que se ven tratando, dende a súa consideración como entidades naturais, a entidades culturais, para rematar sendo vistos como entidades de carácter biolóxico, co que iso pode ter de reducionista e culpabilizador para a persoa que padece a doenza mental.

Táboa 12: Evolución da construción médica dos trastornos da alimentación

DATA	SUCESO
1500	Simone Porta é o primeiro en observar a anorexia
1668	Hobbes realiza unha descrición tentativa da anorexia dende un punto de vista médico publicado nas <i>Medical lectures and clinical aphorisms</i> (Malson, 1998)
1669	Reynolds describe o que chama a atrofia nerviosa en <i>A discourse on prodigious abstinence</i> (Malson, 1998)
1689	Thomas Morton fai a primeira descrición clínica da anorexia, á que denomina consunción nerviosa
1798	Pinel publica <i>Nosographie philosophique</i> . No capítulo adicado á neurose de dixestión fala da anorexia, a bulimia e a pica
1825	Hooper usa os termos <i>bulimia emética</i> e <i>kinorexia</i> para referirse a situacións de inxesta de grandes cantidades de comida seguidas de vómitos
1873	Lasègue publica <i>Sobre a anorexia hystérica</i> (2000)
1874	Gull publica <i>Anorexia nervosa (apepsia hystérica, anorexia hystérica)</i>
1880	Fenwick sinala a anorexia como máis frecuente nas clases altas
1883	Huchard utiliza o termo anorexia mental
1885	Déjerine fai a primeira definición da anorexia nerviosa
1885	Charcot pon de releve o illamento das pacientes e parecer ser o primeiro en sinalar o medo a engordar como criterio diagnóstico
1894	Soltmann refírese á <i>hiperorexia</i> , caracterizada por un apetito insaciable e a clasifica entre as neuroses nutricionais
1952	A anorexia entra no DSM-I como un trastorno gastrointestinal
1959	Stunkard describe o trastorno por atracóns
1963	Mara Selvini Palazzoli (1974) introduce a familia como instancia que transmite os valores socioculturais ás pacientes. E propón referirse á anorexia como <i>Self-starvation</i>
1976	Boskind-Lodahl publica o primeiro artigo referíndose á bulimia como <i>bulimarexia</i> , termo que non chega a implantarse
1973	Hilde Bruch (1973) describe a síndrome bulímica dentro dun marco psicodinámico. Anteriormente estudara a anorexia
1978	Defínese o concepto de <i>Familias psicossomáticas</i> (Minuchin, Rosman e Baker, 1982)
1979	Gerald Russell (1979) publica unha descrición de 30 casos de bulimia
1980	A anorexia e a bulimia entran no DSM-III
1994	Publicación do DSM-IV
2002	Publicación da revisión do DSM-IV-TR
2013	Publicación do DSM-V. Establece a nova clasificación dos trastornos da conduta e da inxesta alimentaria

Agora ben, é curioso como un dos argumentos que se utiliza por parte da literatura que defende a consideración biolóxica da enfermidade mental é que este tipo de conceptualización reduciría o estigma deste tipo de trastornos debido a que a ninguén se lle pode culpabilizar de ter algunha

enfermidade de tipo biolóxico. Cando en realidade as investigacións veñen amosando que isto non se corresponde ca teimuda realidade no sentido de que mesmo cando unha persoa percibe a enfermidade mental como algo de tipo biolóxico o estigma que leva asociado non diminúe (ver capítulo 8).

Neste capítulo expúxose a definición de enfermidade e, en concreto, de doenza mental. Explicouse como ambos fenómenos sometéronse a un proceso de secularización e medicalización, e foron influídos polo imaxinario patriarcal. Os devanditos procesos permitiron, á súa vez, a introdución das condutas alimentarias diversas que había ata entón na esfera da medicina. Esta amplía o seu campo de acción adquirindo maior poder simbólico do que xa tiña ata ese momento.

Pero aínda queda por dar un paso máis xa que non será ata o século XX cando os TCA se convirtan en doenzas mentais de pleno dereito mediante a súa inclusión nos principais manuais diagnósticos usados polos/as profesionais da saúde mental. Isto precisamente será o que relatará no seguinte capítulo. Nel verase como caracterización dos TCA como diagnósticos de enfermidade mental baseouse na súa descrición como entidades biomédicas vencelladas a causas predominantemente biolóxicas.



CAPÍTULO 4

OS TCA COMO ENTIDADES BIOMÉDICAS

E o DSM dixo: Fágase o trastorno!
Stuart A. Kirk, Tomi Gomory e David V. Cohen (2013)

Neste capítulo vaise botar unha ollada á influencia que produzo o imaxinario biomédico nos TCA. Este sería o modelo predominante na psiquiatría actual (ver capítulo 15), e por derivación influiría nas concepcións da psicoloxía, o traballo social e a terapia.

O modelo biomédico utilizaría a epistemoloxía do imaxinario biomédico, é dicir, a consideración da doenza mental como outra enfermidade máis, orixinada por causas biolóxicas e que debe ser tratada de xeito prioritario con medicación.

Este tipo de ideas provoca un empobrecemento da concepción da enfermidade, así como un reduccionismo das dimensións que a conformarían. Noutras palabras trátanse enfermidades e non persoas, a parte polo todo.

Explicarase tamén que definición dos diagnósticos determina este imaxinario, e como pode chegar a influír nos tratamentos levados a cabo coas persoas.

4.1. O IMAXINARIO BIOMÉDICO

O modelo médico de interpretación, comprensión e explicación dos trastornos mentais sería hoxe en día o que predomina na pescuda do tratamento da doenza mental (Cockerham, 2017). O predominio, ou hexemonía do imaxinario biomédico non é algo discutido na literatura científica hoxe en día.

Este definiríase, segundo Cockerham (2017), como o imaxinario que define os trastornos mentais a partir de causas de tipo fisiolóxico, bioquímico e xenético; asimilando a enfermidade mental ao resto de enfermidades e, aplicando como procedementos terapéuticos principais os tratamentos farmacolóxicos, a terapia electroconvulsiva e a psicocirurxía ou cirurxía cerebral.

Cockerham (2017) aduce tres razóns para explicar que o modelo médico sexa hoxe en día o modelo dominante:

1. O feito de que os/as psiquiatras sexan formados como profesionais médicos, é dicir, sexan socializados a través da mirada médica. Isto provocaría, segundo Cockerham, os/as “psiquiatras son educados para ver os problemas da saúde como problemas médicos” (Cockerham, 1996, p. 58). O propio Cockerham explica nunha edición posterior da obra anteriormente citada isto

mesmo con outras palabras dicindo que “Todos os psiquiatras son formados como doutores en medicina e son socializados para adoptar unha perspectiva médica. A profesión médica, o que non é sorprendente, ve a formación médica como a preparación óptima para traballar con persoas mentalmente trastornadas” (Cockerham, 2017, p. 80).

2. Aínda que o nivel de coherencia lóxica do modelo médico sexa baixa e non se poida demostrar que os trastornos mentais son como o resto de enfermidades, o importante sería que o modelo funcione e demostre a súa utilidade. Así aínda que estas entidades non sexan enfermidades poden ser consideradas trastornos tratables mediante os procedementos que delimita o modelo médico.

3. A posta en funcionamento a partir dos anos 60 do século XX dos tratamentos con medicamentos.

Como se explicou no capítulo anterior ao falar das dimensións da enfermidade a doenza mental esta pode ser vista como algo estritamente biolóxico (*Disease*), ou pode ser percibida como unha realidade psicolóxica (*Illness*) ou sociolóxico (*Sickness*). Esta distinción virá lexitimada polos distintos imaxinarios da doenza mental (ver capítulo 2), e implicará dous tipos de acercamento á práctica profesional a través de dous modelos: o modelo biomédico e o modelo sociolóxico (ver táboa 13).

Táboa 13: Principais características do modelo biomédico fronte ao sociolóxico

Modelo biomédico	Modelo sociolóxico
A enfermidade defínese como a consecuencia de certo mal funcionamento do corpo humano.	Os conceptos médicos vense como construcións da ciencia médica. Prímase a complexidade nas explicacións tendo en conta todas as dimensións que afectan á enfermidade ou doenza a analizar, tanto a orgánica como a inorgánica (psicolóxica, social e/ou simbólica).
Toda disfunción podería reducirse a causas mecánicas localizadas no organismo. Mesmo a doenza mental sería causada por cambios bioquímicos.	O marco interpretativo da enfermidade, non se pode apelar a unha soa dimensión. Senón que debe aplicarse a interpretación macro: causal, histórica, etc. e a micro: contexto histórico, social e cultural da persoa concreta.
O modelo médico é esencialmente reduccionista. Toda enfermidade (<i>illness</i>) ou trastorno (<i>disease</i>) debe ser explicado por un número específico de causas, interpretadas como mecanismos bioquímicos.	O modelo sociolóxico é de carácter holístico na explicación da enfermidade, sexa do tipo que sexa. E non tende a explicacións mecánicas nin de carácter exclusivamente orgánico.
O modelo médico é un modelo exclusivista. Tende a cualificar as explicacións alternativas á súa como non válidas; e polo tanto rexeitables.	O modelo sociolóxico é inclusivo. Hai que ter en conta a situación estrutural, pero tamén a particular. A perspectiva orgánica, social, cultural e histórica.
O corpo humano é conceptualizado como unha máquina bioquímica e que está totalmente separado da mente.	Négase a separación entre corpo e mente a través do concepto de incorporación (<i>embodiment</i>).
A doenza mental estaría provocada por disfuncións bioquímicas producidas no cerebro.	A doenza mental enténdese dende unha perspectiva interaccional e se conceptualiza como problemas da vida da persoa inscrita na súa contorna nun intre concreto.
Prímase o tratamento exclusivamente médico.	Prímase o tratamento multidisciplinar (médicos/as, psicólogos/as, traballadores/as sociais, etc.).
A doenza mental como entidade de carácter natural.	A doenza mental como construción social.

Fonte: Adaptado de: Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 8 (196), 129-136 e Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge* (2ª ed.). Londres: Sage.

Como se pode ver na táboa 13 unha das principais características do modelo biomédico é que por influencia do imaxinario biomédico concibe, e percibe, a enfermidade mental como causada por desequilibrios bioquímicos producidos no cerebro. Isto evita a consideracións de determinadas dimensións ou factores intervinientes na enfermidade como: a psicoloxía da persoa, o entorno, o decurso vital do individuo, a etnia, a relixión...Para facilitar esta simplificación, ou dito doutra maneira, para proceder á redución da complexidade inherente á doenza mental un dos medios utilizados pola profesión médica son os manuais diagnósticos. Os manuais diagnósticos son

repertorios dos mesmos. É dicir, listados de descrições sintomatolóxicas das síndromes que, en definitiva, son todas as doenzas mentais. O poder simbólico da profesión médica, e dos psiquiatras en concreto, adquire o seu cumio nestes listados de doenzas que permiten crear diagnósticos de enfermidades mentais ou eliminalos segundo se requira.

Hoxe en día para realizar un diagnóstico psiquiátrico existen dous manuais diagnósticos de referencia. Por unha banda, atopamos a Clasificación Internacional de Enfermidades (CIE). A CIE foi creada pola Organización Mundial da Saúde (OMS) no ano 1893²⁸. Naquel momento denominábase Lista Internacional de Causas de Morte, e non incluía enfermidades mentais ata 1948. Ata fai uns días estivo en vigor a CIE-10, é dicir, a súa décima edición. A CIE ven sendo utilizada sobre todo en Europa. E por outra banda, existe o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais (DSM) elaborado pola Asociación Americana de Psiquiatría (APA) o cal acadou a súa quinta edición no ano 2013.

A CIE-10 (OMS, 1992) clasificaba os TCA en:

- Anorexia nerviosa.
- Anorexia nerviosa atípica.
- Bulimia nerviosa.
- Bulimia nerviosa atípica.
- Hiperfagia noutras alteracións psicolóxicas.
- Vómitos noutras alteracións psicolóxicas.
- Outros trastornos da conduta alimentaria.
- Trastornos da conduta alimentaria sen especificación.

O 18 de xuño de 2018 a OMS dalle publicidade á CIE-11. Nesta nova clasificación os TCA son incluídos no capítulo 6 da clasificación titulado “Trastornos mentais, condutuais e de desenvolvemento neuromental (*neurodevelopmental*)”(OMS, 2018, p. 1). Este tipo de doenzas son definidas pola

alteración en cognicións individuais, regulacións emocionais ou condutuais que reflicten unha disfunción nos procesos psicolóxicos, biolóxicos ou de desenvolvemento que subxacen ao funcionamento mental e condutual. Estas alteracións son xeralmente asociadas ao distrés, ou discapacidade en áreas persoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou noutras áreas de funcionamento (OMS, 2018, p. 1).

Á súa vez os TCA son incluídos dentro da categoría de Trastornos da conduta e a inxesta alimentaria. Esta categoría inclúe como diagnósticos principais (OMS, 2018):

- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno de atracón.
- Trastorno restritivo-evitativo da inxesta alimentaria.
- Pica.
- Trastorno de rumiación-regurxitación.
- Outros trastornos da inxesta ou conduta alimentaria especificados.
- Trastornos da inxesta e conduta alimentaria sen especificación.

Á súa vez, o diagnóstico da anorexia nerviosa ábrese en cinco subcategorías:

1. Anorexia nerviosa con significativa perda de peso corporal: esta incluíría as persoas cuxa masa corporal atópase entre 18,5 kg/m² e 14,0 kg/m². Este diagnóstico abrangue tres subtipos: anorexia

²⁸ <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

nerviosa con patrón restritivo, anorexia nerviosa con patrón de atracón-purgativo e anorexia sin especificar.

2. Anorexia nerviosa con peligrosa perda de peso corporal: nela encaixarían as persoas cuxa masa de peso corporal baixe dos 14,0 kg/m². Este diagnóstico presentaría os mesmos subtipos que se citaron no caso anterior.

3. Anorexia en recuperación con peso corporal normal: sería o diagnóstico axeitado para persoas cun índice de masa corporal superior a 18,5 kg/m². Este diagnóstico se mantería ata o momento en que, unha vez rematado o tratamento se alcance un peso saudable e cesen as condutas que intentan reducir o peso corporal.

4. Outra anorexia nerviosa específica: este tipo de diagnóstico non se describe na CIE polo momento.

5. Anorexia nerviosa sen especificar.

Por outra banda, no caso do DSM a anorexia é recollida por primeira vez na súa primeira edición (DSM-I) en 1952 e se consideraba unha reacción psicofisiolóxica de carácter gastrointestinal, sendo clasificada como un trastorno psicofisiolóxico autónomo e visceral (Gelo, Vilei, Maddux e Gennaro, 2015, p. 114). No DSM-II pasou a ser considerado un trastorno da inxesta alimentaria (*Feeding*). É no DSM-III, cando se crea a categoría de trastornos alimentarios (*Eating Disorders*), sendo atribuídos, como algo usual, a nenos/as e adolescentes. No DSM-IV (APA, 2002), mantéñense os criterios diagnósticos que recollía o DSM-III, pero introdúcese unha novidade: a diferenciación entre dúas motivacións diferentes, por unha banda, o desexo de perder peso, que derivaría na Anorexia e, por outra, o intento de non gañar peso, que evolucionaría cara a Bulimia.

O DSM-IV-TR, ou o que é o mesmo, a revisión da cuarta edición do DSM -que foi a que precedeu á actual clasificación-, os tipificaba en: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, e trastorno da conduta alimentaria non especificado. Ademais dalgúns trastornos cinguidos á infancia e nenez (APA, 2002).

Na súa quinta edición o DSM fixo un importante cambio na clasificación. Unha das posibles causas pode ser atribuída ao feito de que ca clasificación do DSM-IV-R o trastorno cunha prevalenza máis alta era o trastorno da conduta alimentaria non especificado (Ricca et al., 2001) o que non deixaba de ser sorprendente dada a suposta consideración do mesmo coma unha categoría residual ou un caixón de xastre, que ao fin e ao cabo acababa por acadar o maior protagonismo.

O DSM-V (APA, 2014) mantén a diferenza entre os trastornos da conduta alimentaria e os trastornos da inxesta da alimentación. Pero os organiza utilizando o criterio de orde cronolóxica en función de cando é máis usual que fagan aparición no decurso vital dunha persoa, abandonando o criterio da idade das persoas. En calquera caso, o DSM-V (APA, 2014) clasifica os TCA como se pode ver na táboa 14.

Táboa 14: Clasificación dos TCA no DSM-V

Diagnóstico	Descrición
A pica	Caracterízase pola inxesta por parte da persoa de sustancias non nutritivas e non alimentarias durante un período mínimo dun mes.
Trastorno de rumiación	A persoa regurxita de maneira repetida os alimentos durante un período mínimo dun mes e os volve mastigar, tragar ou se cuspen. E non pode ser provocado por unha afección gastrointestinal ou outra afección física.
Trastorno de evitación/restrición da inxesta de alimentos	A persoa reduce a cantidade de alimentos ata que se produce unha perda significativa de peso ou unha deficiencia de nutrientes ou dependencia de suplementos nutritivos. A situación pode xerar unha interferencia importante no funcionamento psicosocial da persoa.

Fonte: Adaptado de: American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Táboa 14: Clasificación dos TCA no DSM-V, continuación

Diagnóstico	Descrición
Anorexia nerviosa	A persoa reduce a cantidade de alimentos que toma polo que se reduce de maneira importante o seu peso. Prodúcese un medo intenso a engordar e se producen alteracións na forma en que a persoa percibe o seu peso ou a súa constitución. Distínguense dous subtipos: o restritivo é o que se presenta con atracóns/purgas. Diferéncianse catro niveis de gravidade. Asemade, reconécese que o intercambio entre os subtipos ao longo do curso da enfermidade é frecuente. Perpiñá (2015) sinala como un dos principais defectos dos dous manuais diagnósticos é a ausencia dunha visión dinámica, é dicir, a autora reclama a integración das ideas de Fainburn e Harrison (2003) para entender que os/as doentes deste tipo de enfermidades mudan dun trastorno ao outro ao longo do tempo. Este sería o fenómeno que se denomina transición diagnóstica ou entrecruzamento diagnóstico (Fainburn e Harrison, 2003).
Bulimia nerviosa	A persoa pasa por episodios recorrentes de atracóns e leva a cabo condutas que pretenden evitar o aumento de peso (vómito, uso de laxantes, diuréticos, práctica do xaxún e facer exercicio excesivo). A propia valoración da persoa vese moi influída pola imaxe corporal do suxeito (constitución e peso corporal). Como no caso da anorexia diferéncianse catro niveis de gravidade. Os atracóns defínense como “a inxestión, nun período determinado de tempo, dunha cantidade de alimentos que é claramente superior á que a maioría das persoas inxerirían nun período similar e en circunstancias parecidas” (APA, 2014, p. 345). No caso das persoas con bulimia o DSM-V afirma que entre o 10 e o 15% dos casos evolucionarían dende unha situación de anorexia (APA, 2014), aínda que tamén se pode producir a evolución no sentido contrario.
Trastorno por atracóns	A persoa sofre frecuentes atracóns. Estes soen ir asociados a algunha destas características: comer moito máis rápido do normal ata sentirse cheo, cunha sensación de saciedade desagradable, comer grandes cantidades de alimentos aínda sen fame, comer en soidade, que este tipo de condutas xere a posteriori sensacións de desgusto con un mesmo/a, depresión e vergoña. Tamén se distinguen catro niveis de gravidade en función do número de atracóns que se produzan nunha semana. Fronte as prácticas de sobreinxesta alimentaria que poden producirse na bulimia, no caso dos TA os episodios soen ter unha maior duración (de entre 40 minutos a 2 horas), adoitan incluír alimentos moi calóricos e van acompañados por unha gran sensación de perda do control (Baile e González Calderón, 2016).
Outro trastorno da conduta alimentaria ou da inxesta de alimentos especificado	Introdúcese como categoría residual cando o/a doente non cumpre ningún dos criterios diagnósticos do resto de trastornos especificados. Algúns exemplos que cita o DSM-V (APA, 2014) serían: a anorexia nerviosa atípica, a bulimia nerviosa de baixa frecuencia e/ou duración limitada, o trastorno por atracóns de baixa frecuencia e/ou duración limitada, o trastorno por purgas e a síndrome de inxesta nocturna de alimentos.
Trastorno da conduta alimentaria ou da inxesta de alimentos non especificado	Como no caso anterior a persoa non cumpre cos criterios diagnósticos, pero o/a profesional opta por non especificar o/os motivo/s do incumprimento ou danse situacións nas que non existe suficiente información para facer un diagnóstico máis específico.

Fonte: Adaptado de: American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Actualmente ambas clasificacións –a CIE e o DSM- están xerando amplas polémicas. Algunhas delas son especialmente acedadas no que se refire aos TCA. Así, entre outras cousas criticase (Calado e Lameiras, 2014; Perpiñá, 2015):

- A arbitrariedade para fixar os límites na perda de peso, a duración da amenorrea, ou a frecuencia dos episodios dos atracóns.
- Que non se contemplan os subtipos de trastorno da conduta alimentaria non especificado, o que converte esta categoría nunha especie de caixón de xastre.
- Excesiva atención nas características e situación do corpo en detrimento do malestar emocional e os factores psicosociais en xeral.
- Falta de claridade sobre os límites existentes entre distintas enfermidades, por exemplo, discútase se a Dismorfia muscular é un trastorno da imaxe corporal ou da conduta alimentaria.
- Discútase se a obesidade é un trastorno que deba incluírse nas clasificacións.
- Non se elimina a posibilidade do “entrecruzamento diagnóstico”, é dicir, que unha mesma persoa poda evolucionar dun diagnóstico a outro en función do proceso clínico que poida seguir a conduta que vaia mostrando.
- Ausencia de visión evolutiva dos trastornos. Algúns autores sinalan a posibilidade de desenvolver unha visión dimensional dos TCA, é dicir, entender que responden a unha mesma realidade diagnóstica que evolucionaría no tempo en diferentes situacións ou dimensións dentro desa mesma etiqueta noseolóxica.

Se falamos da epidemioloxía dos TCA atopamos a anorexia, que se caracterizaría pola falta de inxesta de alimentos e a bulimia que alternaría os atracóns coa práctica dos vómitos ou outras prácticas purgativas (uso de laxantes ou enemas). Estes trastornos adoitan aparecer entre os 14 e os 25 anos (Chinchilla, 2015), afectando a un 2% das mulleres novas, sendo homes entre un 5% e un 10% do total das persoas enfermas (Faus, 2015; Hudson, Hiripi, Pope e Kessler, 2007; Strother, Lemberg, Stanford e Turberville, 2012). No caso da anorexia sóese diagnosticar durante a adolescencia e desaparecer na idade adulta, mentres que a bulimia soe diagnosticarse no paso da adolescencia á xuventude. Existirían estudos que demostran que o 10% da poboación está en risco de caer nun destes trastornos, sendo o risco maior no caso das mulleres.

Táboa 15: Estudos españois sobre a prevalencia dos TCA

Autor (Lugar)	Suxeitos		Nº	Instrumento	Poboación de risco (%)
	Idade	Curso			
Toro, Castro, García, Pérez e Cuesta (1989). Barcelona	12-19	7º e 8º EGB, BUP e COU	848 h. 706 m.	EAT - 40	1,2 h. 9,8 m.
Raich, Deus, Muñoz, Pérez, e Requena (1991). Cataluña	14-17	BUP e FP	1155 h. 1263 m.	EAT - 40	2,6 h. 7,3 m.
Carbajo, Canals, Fernández-Ballart e Doménech (1995). Reus	13-15	Escolares	225 m.	EAT - 40	12,4 m.
Saiz-Martínez, González, Bascarán, Fernández, Bousoño et al. (1999). Asturias	13-21	ESO	415 h. 401 m.	EDI	1,1 h. 7,7 m.
Gil, Ortiz e Fernández (2007). Andalucía	12-16	ESO	805 h. 836 m.	EAT - 26	8,07 h. 14,84 m.
Calado (2008). España	14-17	ESO	547 h. 568 m.	EAT - 26	6,6 h. 13,6 m.

Fonte: Calado, M. (2011). Incidencia y prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Hacia el DSM-V. *Salud Mental*, 13(4), 4-10.

No caso dos trastornos da conduta alimentaria non especificado en España se poderían alcanzar porcentaxes entre as rapazas adolescentes de entre o 2,7% e o 3,8%. Pero non debemos

esquecer que os trastornos da conduta alimentaria non especificados alcanzan na práctica clínica un abano de entre o 50-70% dos casos totais (Ricca et al., 2001), é dicir, é o TCA máis común.

As cifras de prevalencia deste tipo de trastornos son de por si preocupantes (ver táboa 15), e máis se temos en conta que a anorexia nerviosa “representa a enfermidade mental máis letal, situándose os valores de mortalidade despois dos 20 anos entorno ao 15-20%”(Calado e Lameiras, 2014, p. 52). Chinchilla (2015) reduciría as cifras a un tramo de entre o 5-10%. E, por outra banda, os estudos veñen a pór riba da mesa un importante incremento das persoas diagnosticadas nos últimos trinta anos.

No caso do TA soe facer aparición na década dos 20 anos (Kessler et al., 2013). A diferenza doutros TCA a súa prevalencia máis alta soe producirse en rangos de idade distribuídos entre os 30 e os 50 anos (Grilo, 2002). En realidade o TA parece non estar vinculado á variable da idade dado que mesmo se recollen na literatura casos de persoas da terceira idade (Guerdjikova, O'Melia, Mori, McCoy e McElroy, 2012).

A APA describe o curso e a gravidade do TA comparándoos cos da bulimia. O proceso viría a durar uns catro anos. Baile e González Calderón (2016) indican que cando a devandita duración amplíase no tempo poden facer aparición unha serie de problemas como son: problemas de adaptación ao rol social, o aumento de morbilidade médica, da mortalidade e do uso dos servizos médicos, así como un maior risco de aumentar de peso e acabar padecendo obesidade.

Nunha revisión bibliográfica conclúese que “Á luz dos resultados, cos criterios diagnósticos actuais, estímase que aproximadamente entre o 1% e o 4,7% dos adolescentes presentan algún dos cadros incluídos nos TCA en España, datos que converxen cos estudos internacionais”(Calado, 2011, p. 7).

En canto aos factores de risco que desatan este tipo de trastornos existen diferentes propostas de clasificación segundo as diferentes investigacións. No que si coincidirían estas é en sinalar que o risco de padecer este tipo de trastornos é moito máis alto no caso das mulleres e que roldaría no caso feminino o 13% e o 6,6% no caso masculino (Calado, 2011; Peláez, Raich e Labrador, 2010).

Por unha banda, o modelo explicativo dos factores de risco dos TCA soe basearse nunha división dos factores en: predispoñentes, desencadeantes e mantedores; apoiándose no modelo proposto nos oitenta por Garner e Garfinkel (1984). A este modelo responderían as clasificacións propostas por: Baños e Miragall (2015), Jáuregui (2006) e Toro (2004). É dicir, as explicacións deben de ser de carácter multicausal e multidimensional (Cervera, 2007; Garfinkel e Garner, 1982; Toro, 2004).

O doutor Toro (2004), especialista español en TCA, defende que o gran dilema sería que importancia se lle da aos factores xenéticos e cal se lle da aos factores ambientais. E, aínda que os estudos veñen a demostrar a importancia dos factores xenéticos, non se debe subestimar a importancia dos factores psicosociais. De feito soe situarse a influencia da xenética nun rango que oscila entre o 50% e o 83% (Klump, McGue e Lacono, 2000). Fixándose as taxas de transmisión perante herdanza entre o 40-88% para a anorexia, de entre o 28-83% para a bulimia e de entre o 40-82% para o TA (Mercader et al., 2007).

Os modelos explicativos dos factores de risco dos TCA como se apuntou tenden a ser multidimensionais. Como tamén se apuntou estes factores soen organizarse en clasificacións tripartitas arredor de tres tipos de factores: os predispoñentes, os precipitantes e os mantedores (ver táboa 16). Os factores predispoñentes serían os que responden máis claramente á definición de risco xa que fan aparición antes da presenza da enfermidade; correspóndense con situacións, características etc. que individualmente ou sumadas fan máis probable que a doenza se orixine. Os factores precipitantes concrétnanse en situacións que convértense na espoleta que prende a faísca da doenza. Por último, os factores mantedores serían aqueles que unha vez unha persoa ten un TCA facilitan que este siga presente e non se produza unha mellora ou a curación.

Táboa 16: Principais factores de risco dos trastornos da conduta alimentaria

Factores predispoñentes	Factores precipitantes	Factores mantedores
<p>Individuais</p> <p>Factores xenéticos</p> <p>Formas de pensar (temperamento, estilo cognitivo perfeccionista e/ou obsesivo, sesgos cognitivos)</p> <p>Formas de sentir (personalidade, autoestima baixa, nivel de inseguridade, uso da evitación, uso da comida como elemento compensador, reaccións emocionais extremas ante ameazas non reais, emocións negativas)</p> <p>Formas de actuar (motivación para actuar en sentimentos de falta de valía, necesidade de aprobación, alteracións comportamentais)</p> <p>Familiares</p> <p>Antecedentes de doenza mental</p> <p>Ambiente familiar de presión sobre a imaxe corporal</p> <p>Sociais</p> <p>O modelo ideal de delgadez</p> <p>A delgadez como símbolo de estatus social</p> <p>A influencia dos medios de comunicación</p> <p>As redes sociais</p> <p>O grupo de iguais: dificultades para establecer ou manter relacións sociais, historia previa de burlas, acoso, etc.</p> <p>A cosificación da imaxe da muller</p> <p>Determinados grupos profesionais: ximnastas, bailarinas, deportistas, modelos, etc.</p>	<p>Pubertade</p> <p>Insatisfacción persoal</p> <p>Insatisfacción corporal</p> <p>Exercicio físico</p> <p>Estresores ambientais (problemas académicos, laborais, persoais, etc.)</p> <p>Hábitos alimentarios: a dieta</p>	<p>Hábitos alimentarios: a dieta</p> <p>Realización de actividade física excesiva</p> <p>Funcionamento familiar</p> <p>Insatisfacción corporal</p>

Adaptado de: Jáuregui, I. (2006). *La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad*. Sevilla: Grafema e Toro, J. (2014). Epatogenia. En G. Morandé, M. Graell e M. A. Blanco (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque Integral* (pp. 237-240). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Agora ben, parte das investigacións feitas para verificar a influencia dos factores xenéticos nos TCA foron feitas a través de investigación de parellas de xemelgos. Estas investigacións en moitas ocasións responden aos requisitos establecidos pola *investigación baseada en evidencias*. Esta estratexia de investigación comezou por aplicarse por parte da m*edicina e de aí pasou á psicoloxía e nos últimos tempos ao traballo social. O problema pode orixinarse ao intentar aplicar métodos de investigación típicos das ciencias duras ás ciencias sociais. Este problema pode

incrementarse se consideramos que a *investigación baseada en evidencias* parte dunha xerarquía das mesmas en relación á fiabilidade preferida nas técnicas ou estratexias a aplicar que se concreta no uso de (Webber, 2015): estudos aleatorizados, revisións sistemáticas, estudos cuasi-experimentais, estudos pre-experimentais/investigacións piloto, enquisas Cross-sectorial, investigacións de cohortes, investigacións cualitativas e investigacións multimétodo.

Este tipo de estratexias veñen recibindo críticas como as de: atrapar aos/as profesionais nunha racionalidade técnica de tipo mecanicista na que ignora os procesos de toma de decisión ou se conciben como de tipo racionalista e calculativo (Webber, 2015). Aplicar este tipo de estratexias significa a prioridade absoluta da metodoloxía cuantitativa e de utilización de uso de técnicas ou métodos que dificilmente poden ser usados dende o eido das ciencias sociais ou as humanidades dadas as características específicas do seu obxecto de estudo. En último extremo pódese chegar ao paradoxo de que se limite o estatuto científico ás ciencias duras. Un recoñecido psicólogo chega a afirmar que

A medicina baseada en probas aínda non deu lugar a melloras visibles no tratamento dos trastornos psiquiátricos, debido en parte a que a forma na que se interpretaron as probas viuse afectada pola adhesión dos psiquiatras a unha maneira de pensar obsoleta sobre os problemas dos seus doentes, pero tamén a causa da existencia de poderosas forzas económicas que se aseguraron de que se fomenten os remedios médicos para o sufrimento humano mesmo se, en vista das probas, ditos remedios non funcionan (Bentall, 2011, p. 346).

Dito doutro xeito é a implantación da investigación típica do imaxinario biomédico que coloniza simbólicamente á capacidade exclusiva de orixinar coñecemento científico sobre a enfermidade mental. Ábrese así unha fenda entre a psiquiatría/medicina e o resto de especialidades profesionais que non alcanzarían o nivel de validez científica requirida por este tipo de estratexias.

En realidade, as investigacións con xemelgos xa foron criticadas hai tempo no eido dos estudos dos TCA (Fairburn, Cowen e Harrison, 1999) debido a que: presentan sesgos nos resultados e soen basearse en mostras moi reducidas.

Toro (2004) defende que non se pode sobredimensionar a importancia dos compoñentes xenéticos como determinantes destas enfermidades xa que explicaría a vulnerabilidade, e o aumento de posibilidades de padécelo; pero máis alá deste tipo de consideracións habería que explicar que significa esta “vulnerabilidade” e o que implica. A resultados deste tipo de conclusións pódese resumir que

O certo é que, cando se teñen en consideración os resultados no seu conxunto, parece máis probable plantexar que as persoas con algún factor de risco xenético estén “predispostas” a un trastorno da conduta alimentaria e por tanto concluír que a contribución xenética por si soa non resulta suficiente para o desencadeamento do Trastorno da conduta alimentaria (Calado e Lameiras, 2014, p. 72).

4.2. DE QUEN SON (DIAGNÓSTICO) AO QUE FAGO (PATRÓN COMPORTA-MENTAL)

Se partimos de posicións de carácter constructivista como as que defendeu a Escola de Palo Alto na súa última época (Ceberio e Watzlawick, 2006), ou como as defendidas por outros autores/as (Gergen, 2011; Gergen e Gergen, 2011; McNamee e Gergen, 1996), teremos que admitir que a realidade é unha creación do individuo; levada a cabo a través de atribucións de significado (cibernética de segunda orde). Watzlawick define o constructivismo como a epistemoloxía que defende que “a realidade é unha construción individual que se co-constrúe (en sentido interaccional) entre o suxeito e o medio” (Ceberio e Watzlawick, 2006, p. 74).

Considérase necesario cando se fan análises sociolóxicas contemplar os testemuños das propias persoas afectadas polos procesos sociais que analizamos. Alexandra, unha muller diagnosticada de esquizofrenia reflexionaba sobre o diagnóstico dicindo:

Pódese desperdiciar tempo e esforzo discutindo a exactitude dun cualificativo dado a unha persoa, e sería mellor utilizar o tempo e os esforzos discutindo a cuestión real do seu efecto na persoa. O efecto dun “mal informe médico” pode ser desastroso. No meu caso, ese rótulo destrou o que eu sentía por min mesma. Non podo negar que tivera síntomas nefastos, á vez que sentía que non había concesións para estas tensións emocionais e físicas que acompañaban estes episodios desafortunados e ás que se sumaban a miña incapacidade para poder tomar medicamentos sen correr o risco de efectos secundarios pola miña alerxia. Este cualificativo infundíume o temor de ser psicótica e de matarme un día. Pero tal vez o propósito deste era outro, protexer a unha institución no caso de que ocorrese un desastre. Cando ingresei no prestixioso instituto no que me deron o cualificado de “esquizofrénica”, interneime tranquila, segura das miñas conviccións de que ía recibir o mellor tratamento existente. En cambio, puxéronme nun pavillón chamado “O buraco”, onde un médico novo proporcionábame cantidades enormes de drogas para alterar a mente. Ás seis semanas trasladáronme en ambulancia a un hospital onde tratáronme con esteroides a causa dun envelenamento agudo por drogas debido a unha reacción alérxica. Ademais, o cualificativo colocoume nun dobre vínculo clásico porque ao desafiar a súa validez, eu podería chegar a aparentar que estaba reforzando a súa precisión ao resistirme.

Por certo que as palabras teñen poder e poden usarse para esclarecer ou para confundir. Poden usarse para axudar a alguén ou para protexerse un. As palabras que ao paciente o cortan como unha espada pode ser un escudo protector para o médico. No meu caso, sentíame como si me entregaran anticipadamente un exame escolar cualificado cun “F²⁹” (Imber-Black, Roberts e Whiting, 1997, pp. 350-351).

A pregunta que pode xurdir é: como pode afectar este tipo de epistemoloxía se a aplicamos ao diagnóstico e á comprensión da doenza mental?. A partir deste punto o diagnóstico pódese concibir como a función dun sistema sanitario que, a través dos seus profesionais, definen realidades que funcionan como etiquetas que, á súa vez, implican e xeran un estigma nas persoas ás que se aplica. Todo isto podería provocar que o diagnóstico se converta nun proceso xerador de aspectos negativos a ter en conta, e que a miúdo xere bastante pesimismo nas persoas (erosionando gravemente a posibilidade de manter a crenza na posibilidade do cambio, algo realmente decisivo nos procesos terapéuticos).

Desde esta óptica, o diagnóstico pode ser definido como un proceso de tanteo da realidade (Boscolo e Bertrando, 2008). Se o entendemos así isto permite superar a dicotomía que se orixina na aplicación do diagnóstico como proceso que orixina etiquetas (nivel ontolóxico), e que pode funcionar como unha fenda que permita a introdución da subxectividade do propio profesional que leva a cabo o diagnóstico (e que na terminoloxía usada polo modelo do MRI, pode derivar na profecía que se autocumple).

Para o constructivismo o diagnóstico é un proceso significativo e que determina a construción da realidade interna e externa ao ser humano. Isto implica que estará mediatizado polas visións do mundo que o enmarquen, ademais de estar influído polo aspecto cronolóxico e xeográfico (Gelo, Vilei, Maddux e Gennaro, 2015). Desde este punto de vista as síndromes e trastornos mentais serían “artefactos sociais (de tipo histórico-cultural) que son dinamicamente construídos”(Gelo, Vilei, Maddux e Gennaro, 2015, p. 108). Isto provocaría, á súa vez, que as dinámicas sociais que afectan ás distintas disciplinas que participan no diagnóstico rematen por reificar os trastornos a partir do que algúns autores denominaron a “ideoloxía da enfermidade”(Gelo et al., 2015, p. 108); que alcanzaría á súa maior cota de poder a través da estandarización das categorías diagnósticas no DSM e na CIE.

Fronte a isto pódese observar o “divorcio” que existe entre a propia categoría diagnóstica e o seu uso nos procesos terapéuticos, xa que estas serían contraproducentes para ser usadas neste tipo

²⁹ Letra coa que se cualifica nos Estados Unidos a nota escolar do que en España sería o clásico *Moi deficiente*.

de contextos pechándonos nun modelo centrado na patoloxía e a incapacidade, é dicir, o que nesta investigación denomínase o paradigma do déficit (ver capítulo 15). Habería, pois, que construír unha ponte e deseñar diagnósticos dende o punto de vista da súa utilidade deixando de consideralos,

conxuntos de ideas que se usaban para clasificar aos clientes con *fins administrativos*³⁰. O que se necesitaba, e aínda se necesita, son diagnósticos deseñados para a *terapia*. É evidente que serían conxuntos de categorías de carácter práctico e doadas de entender que guiarían a actuación do terapeuta para que a terapia tivera éxito. Aínda esperamos que un terapeuta ofrezca esta sinxela idea (Haley e Richeport-Haley, 2006, p. 27).

Este tipo de ideas conduciu a algúns autores (Fisch, Weakland e Segal, 2003; Satir, 2002) a propoñer, fronte ao diagnóstico o uso de patróns de comportamento, é dicir, fronte o ser (enfermidade mental, etiqueta, diagnóstico), o actuar (comportamento, conduta).

Pola contra, o modelo médico ven defendendo unha concepción esencialista da psicopatoloxía, é dicir, a comprensión dos trastornos mentais como categorías naturais, ou obxectos existentes na realidade, aos que se adoita adxudicar causas biolóxicas e que poderían ser empiricamente verificados (Maddux, Gosselin e Winstead, 2008). Por outra banda, vense producindo certa inflación diagnóstica, xa que no caso do DSM, según saen do prelo as distintas edicións deste manual aumenta o número de diagnósticos contemplados no mesmo (ver táboa 17).

Táboa 17: Evolución do número de doenzas mentais contempladas no DSM

Manual diagnóstico	Ano	Número de doenzas mentais (disorders)	Número de páxinas
DSM - I	1952	106	130
DSM - II	1968	182	134
DSM - III	1980	265	494
DSM - III-R	1987	292	567
DSM - IV	1994	297	886
DSM - V	2013	494	947

Fonte: Adaptado de: Mayes, R. e Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the Revolution in the clasification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 3, 249-267. doi: 10/1002/jhbs.20103 e American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

De maneira que a disxuntiva á que nos enfrontamos pódese expor nos seguintes termos: “preséntanse dúas grandes alternativas. Ou ben os chamados “trastornos mentais” son entidades naturais de base biolóxica (“formacións naturais”), ou ben son entidades construídas de carácter histórico-social (“construcións prácticas”)(González Pardo e Pérez Álvarez, 2014, p. 16). Frances fai unha broma sobre isto alegando que a única maneira de definir un trastorno mental é dicindo que é “aquel que os especialistas tratan, os investigadores investigan, os educadores ensinan, e polo que pagan as compañías de seguros” (2014, p. 38).

A doenza mental “construíriase” a partir de tres procesos levados a cabo a través da historia da medicina, e polo tanto, mediante o proceso histórico do deseño e implantación do modelo médico. Estes tres procesos serían (López Méndez e Costa Cabanillas, 2014):

1. A metamorfose declarativa: entendida como o proceso de rehabilitación da teoría do equilibrio dos humores como causantes da enfermidade a través da súa modernización na teoría do desequilibrio dos neurotransmisores cerebrais. As enfermidades mentais como enfermidades do cerebro.

³⁰ Os destacados en cursiva nesta cita tamén o están no texto orixinal.

2. A reificación: os comportamentos problemáticos que se producen na sociedade chegou un momento en que se converteron en comportamentos patolóxicos, o que á súa vez, foi recategorizado como síntomas dunha entidade natural: o trastorno ou doenza mental. O mapa foi confundido co territorio (Korzybski, 1950), a palabra cadeira convértese na propia cadeira. Prodúcese un erro lóxico polo que as experiencias vitais das persoas son resignificadas como síntomas das patoloxías, das doenzas mentais, dos trastornos. A partir de aí pódese dicir que “Pedro ten unha enfermidade”, este trastorno está máis alá da propia persoa que o padece é algo externo que se “ten”, como se poden ter as bacterias que provocan unha enfermidade ou os virus que producen a gripe.
3. Metamorfose etiolóxica: dándose un paso máis cara adiante a partir de agora dirase que é a enfermidade a que provoca o comportamento nas persoas. É a anorexia a que fai que alguén deixe de comer, ou que vomite... O que Bateson explicaba a través dos efectos que se lle poden asignar ás entidades reais. O antropólogo inglés usa o exemplo da explicación das propiedades do opio para facer durmir á xente debido ao seu “principio dormitivo”(Bateson, 1998, p. 19).

Neste sentido, e a pesar dos grandes esforzos levados a cabo pola medicina, e a psiquiatría en particular, aínda non se atoparon as causas biolóxicas dos trastornos mentais o que dificulta a asimilación deste tipo de doenzas ao resto das enfermidades. O psiquiatra Julio Sanjuán explica dicindo que si falamos da doenza mental ata o día de hoxe “non contamos cunha etioloxía recoñecida, non temos anatomía patolóxica específica e tampouco temos marcadores biolóxicos suficientemente fiables da fisiopatoloxía”(2016, p. 168). En xeral, os distintos autores recollen como principais críticas ao modelo médico:

- A falta de coñecemento das causas biolóxicas dos trastornos mentais (González Pardo e Pérez Álvarez, 2014; López Méndez e Costa Cabanillas, 2014; Sanjuán, 2016).
- O descoñecemento en profundidade dos mecanismos mediante os que funcionan os psicofármacos. E que o uso dos mesmos está mercantilizado e controlado polas grandes empresas farmacéuticas (Frances, 2014; Whitaker, 2015).
- O aumento dos diagnósticos de doenza mental contemplados nos manuais (Frances, 2014; Gøtzsche, 2016).
- O modelo basearíase nunha progresiva conversión en patoloxías de comportamentos normais (Frances, 2014; Szasz, 2008). É dicir, en converter os problemas da vida cotiá en enfermidade mental (López Méndez e Costa Cabanillas, 2014).
- O progresivo proceso de mercantilización da saúde, determinado por: o poder das grandes farmacéuticas e da publicidade, a progresiva debilidade do estado de benestar que está afectado por procesos de privatización...
- O uso dunha definición de doenza mental de carácter restritivo que tende a esquecer as dimensións sociais e culturais da enfermidade (Gelo et al., 2015; Jaspers, 2014; Kleinman, 1988a, 1988b).

A pesar deste tipo de recoñecementos que atravesan toda a literatura científica que trata da doenza mental, o imaxinario biomédico, como xa se dixo, parece dominar o panorama da psiquiatría. E existen autores que mesmo defenden que predomina nas abordaxes terapéuticas a través do modelo cognitivo-condutual e da psicanálise (González Pardo e Pérez Álvarez, 2014).

En calquera caso, o DSM-V deixa claro que é unha “clasificación médica de trastornos” (APA, 2014, p. 10), sendo este un dos manuais de referencia para a realización dos diagnósticos de persoas afectadas por unha doenza mental estas catro palabras permítennos saber que o marco epistemolóxico da clasificación pertence ao campo da medicina. Poucas páxinas máis adiante o manual do que se está a falar define un trastorno mental como

unha síndrome caracterizada por unha alteración clinicamente significativa do estado cognitivo, a regulación emocional ou o comportamento do individuo que reflicta unha disfunción dos procesos psicolóxicos, biolóxicos ou do desenvolvemento que subxacen na súa función mental. Habitualmente os trastornos mentais van asociados ao estrés significativo ou á discapacidade, xa sexa social, laboral ou doutras actividades importantes. Unha resposta predicible e culturalmente aceptable ante un estrés usual ou unha perda, tal como a morte dun ser querido, non constitúe un trastorno mental. Os comportamentos socialmente anómalos (xa sexan políticos, relixiosos ou sexuais) e os conflitos existentes principalmente entre o individuo e a sociedade non son trastornos mentais, salvo que a anomalía ou o conflito se deba a unha disfunción do individuo como as descritas anteriormente (APA, 2014, p. 20).

4.2.1. A terapia como metáfora

Todo o comentado nos parágrafos anteriores posibilitaría o uso da terapia como ferramenta de traballo para modificar mediante metáforas os significados que artellan nese momento a realidade que configura a percepción da persoa e, por ende, a súa narrativa. Posto que a terapia é un dos principais métodos de tratamentos dos TCA adícasalle un pequeno espazo nesta tese.

A aparición da metáfora na reflexión humana é moi antiga. Dióxenes Laercio (trad. en 2007) menciona que Aristóteles atribuíu a invención da retórica a Empédocles, cualificándoo como destro e prolífico no uso de metáforas. A partir de aí Aristóteles levará a cabo un estudo das metáforas na *Retórica* (trad. en 1990) e na *Poética* (trad. en 2011). En cada unha destas obras iniciará o camiño que se seguirá na posteridade ata o momento actual. En ambas relaciona a metáfora co nome e non co discurso. E asígnalle como principal característica a súa vinculación co movemento. A palabra descríbese como unha especie de desprazamento dende...cara...A metáfora caracterizarase por ser unha desviación, convertendo algo ordinario ou corrente (*kyrion*) en estraño (*allotrios*), o que pertence a outra cousa; chegando a substituíla.

Este tipo de interpretacións fixo posible que xurdiran as condicións para artellar un método de curación a través da palabra (Gil, 2004; Laín, 2005) cuxa orixe pode rastrexarse ata Gorgias que no *Encomio de Helena* no século V a.c. escribiu que “A palabra é un poderoso soberano, que cun corpo pequenísimo e completamente invisible, leva a cabo obras sumamente divinas. Pode, por exemplo, acabar co medo, desterrar a aflicción, producir a alegría ou intensificar a compaixón”(trad. en 1996, pp. 205-206). Esta posible aplicación da linguaxe como terapia vaise matizando ata chegar a Platón que segundo algún autor chegou a sentar “as bases dunha logoterapia psicosomática”(Gil, 2004, p. 230).

Aínda hoxe en día considérase que unha das principais características da linguaxe é a posibilidade de renegociar os significados entre os falantes. Esa posibilidade de negociar e renegociar os significados é única da fala humana,

Esta renegociación é cotiá e é posible grazas aos distintos compoñentes que integran a linguaxe. O significado dunha emisión cambia segundo os interlocutores que participen no intercambio comunicativo, os coñecementos compartidos entre ambos, o uso metafórico que se de aos termos, o ton co que emitan as frases e o contexto no cal se leve a cabo (Puentes, 2006, pp. 84-85).

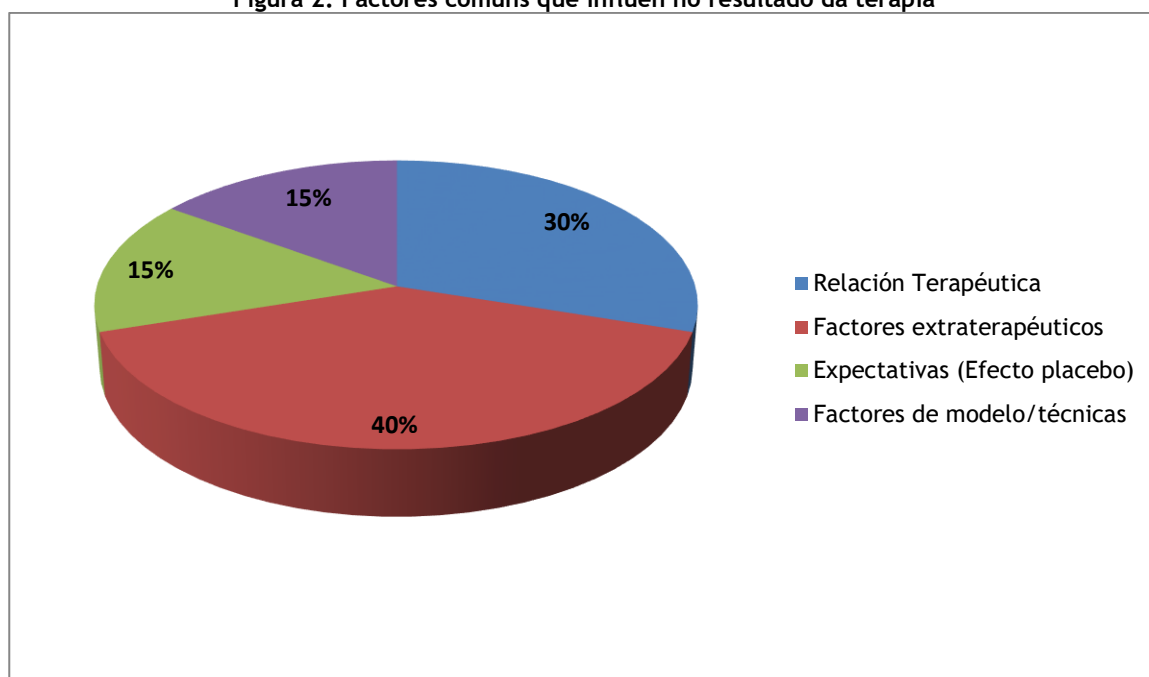
Autores como Lakoff e Johnson (1991) defenden que as metáforas impregnan a vida cotiá, pero non só a través da linguaxe, senón tamén a través do pensamento e a acción. Pero isto pasaría tanto no caso dos profesionais como das persoas que son atendidas por ter algún diagnóstico de doenza mental.

A partir deste xeito de entender as cousas pódese pasar a defender que “Os nosos conceptos estruturan o que percibimos, como nos movemos no mundo e a maneira na que nos relacionamos coas outras persoas. Os seres humanos, ao utilizar metáforas para facer referencia a certos acontecementos, estruturamos en parte o que facemos e a maneira en que entendemos o que facemos” (Puentes, 2006, p. 85). É doado ver que uso se pode facer das metáforas no traballo

terapéutico. De feito o uso das metáforas era considerado por Haley como una “marca de fábrica” da Terapia sistémica e menciona que as “metáforas parecen ocupar un lugar central nos procedementos terapéuticos” (Haley, 2005, p. 98).

Así que a terapia promove unha serie de cambios a través do uso da linguaxe. Pero, que aspectos influirían máis decisivamente nos efectos que se queren alcanzar? A investigación informa de que os aspectos que teñen unha maior influencia son os chamados factores comúns, é dicir, os aspectos que comparten todos os modelos terapéuticos (ver figura 2). As áreas nas que se soen agrupar os factores comúns na literatura son: factores do/a cliente/a, os sucesos extraterapéuticos, a relación terapéutica, a expectativa (o efecto placebo) e os factores relativos ás técnicas ou modelos utilizados (Hubble, Duncan e Miller, 2006).

Figura 2: Factores comúns que inflúen no resultado da terapia



Fonte: Lambert, M. J. (1992). *The Handbook of Psychology Integration*. Nova York: BasicBooks.

En calquera caso non existe un acordo total na investigación sobre os factores que inflúen no resultado da terapia. Norcross (2002) revisa a situación e establece as seguintes escalas: O/a terapeuta do 5% ao 9%, as técnicas usadas do 5% ao 15%. Na mesma obra colectiva Lambert e Barley (2002) conclúen que:

- A psicoterapia alcanza os seus obxectivos nun 80% dos casos dos clientes/as que non foran tratados con anterioridade.
- Todos os modelos terapéuticos son eficaces na consecución do cambio do cliente/a.
- A relación terapéutica correlaciona cunha maior eficacia na consecución do cambio por parte do/a cliente/a que o modelo terapéutico usado.
- Algún/ha terapeuta contribúe mellor á hora de alcanzar os obxectivos da persoa atendida. Tales terapeutas soen ser considerados polos clientes/as como: máis comprensivos/as, empáticos/as, cálidos/as e que proporcionan maior apoio.

Dentro da relación terapéutica soe distinguirse (Kleinke, 2002):

- A relación de confianza (*rapport*) entre o/a terapeuta e a persoa atendida.
- A presenza de sentimentos emocionais positivos.
- A capacidade empática, de aceptación incondicional e acollemento do/a profesional.

O éxito do proceso terapéutico dependería en gran parte da capacidade do/a profesional para xerar no cliente/a unha experiencia afectiva que se converta na faísca que poña en marcha o proceso de cambio que o cliente/a pretenda conquistar. Esta experiencia será o que se chama a experiencia emocional correctiva. Esta respostaría ao exemplo clásico das emocións que experimenta Jean Valjean nunha das obras de Víctor Hugo (2004). Valjean queda orfo sendo un neno. Pasa a vivir ca súa irmá maior, que está viúva, e os sete fillos desta. Debido á situación miserenta na que viven nun momento determinado rouba pan para alimentar á súa familia. Píllano e vai ao cárcere cunha condena de cinco anos de estancia en galeras por “romper un vidro e roubar un pan”(Hugo, 2004, p. 95). Tras repetidos intentos de fuga finalmente á súa condena alcanza os 19 anos. Tras saír do cárcere pide acubillo nunha casa, despois de repetidos e infructuosos intentos de petición dun lugar onde pasar a noite. A devandita vivenda é a do bispo Charles-Francois-Bienvenu Myriel, de 75 anos, que lle ofrece durmir e cear na súa casa. Ao día seguinte a serventa descobre o roubo da prata do bispo. O relixioso, en contra do que se podía esperar afirma que foi el o que lle regalou a prata a Valjean. A partir dese momento a visión de Valjean sofre un xiro copernicano, e a resultados diso tamén o fará a súa conduta cara os demais. O intre no que o delito sae á luz é típico da técnica do reencuadre dentro da terapia; o crego muda o marco interpretativo e ante os laios da serventa argumenta: “Eu retiña inxustamente a prata, dende hai moito tempo. Pertencía aos pobres. Quen é ese home? Un pobre, evidentemente” (Hugo, 2004, p. 111).

A relación terapéutica é tan importante que o modelo humanista aplicado en psicoloxía e traballo social practicamente reducirá a terapia ao establecemento, fomento e mantemento da devandita alianza ca persoa atendida. Rogers (2007) define a empatía como un modo particular de entender ao outro e como a capacidade de poñerse verdadeiramente no lugar do outro e ver o mundo como el o ve. Para Rogers a posibilidade de crear o clima propicio dependía máis das actitudes do/a profesional que do aparato técnico que puidese utilizar. Desde este punto de vista, as técnicas estarían ao servizo das actitudes e serían o instrumento que nos permitiría o despregue das mesmas. De aí a importancia da interiorización de ditas actitudes por parte do/a profesional. Rogers (2007) fixa como requisitos da relación de axuda a autenticidade, a aceptación e crear unha relación significativa na medida en que se quere comprender. Sinalando que o/a profesional debe crer nas potencialidades do usuario/a, puntualizando que cando o/a profesional “percibe e acepta ao cliente tal cal é, cando deixa de lado toda avaliación e entra no marco de referencia perceptual do mesmo, o libera para que explore novamente a súa vida e a súa experiencia, o libera para percibir nesa experiencia novos significados e novas metas”(Rogers, 2010, p. 55). Como diría Yalom (1980) é a propia relación a que cura.

A relación terapéutica é indubidable que xoga un papel decisivo, e que segundo a investigación a converte no mellor predictor do resultado da terapia (Bachelor, 1991; Horvath, 1995), mesmo por riba da valoración do/a terapeuta (Bentall, 2011).

Por outra banda, todos os modelos terapéuticos téñense mostrado eficaces nos resultados, só se atopan pequenas diferenzas entre algún modelo que parece un pouco máis axeitado para determinadas doenzas que para outras (Bentall, 2011; Hubble, Duncan e Miller, 2006). É o que se denominou o efecto do *paxaro Dodo*. No segundo capítulo de *Alicia no país das maravillas* (Carroll, 1970) a rapaza da en chorar debido a que aumenta desmesuradamente de tamaño e iso provoca que se faga un charco enorme. Xa no terceiro capítulo, unha serie de animais, e a propia Alicia, pensan en como secarse. Un dos personaxes, o paxaro Dodo, defende que o mellor xeito de secarse é celebrar “unha carreira en comité” (Carroll, 1970, p. 59). A devandita carreira non se sabe onde se inicia nin onde remata; nin sequera todos os participantes a comezan ao mesmo tempo. Esta situación xera un caos co preceptivo desacordo sobre quen é o gañador, para solucionalo acúdesse á arbitraxe do paxaro Dodo que despois de moito dar ao maxín emite o seu ditame: “Todos gañamos e todos recibiremos cadanseu premio!”(Carroll, 1970, p. 60). Así como no caso da tola carreira, a investigación ven demostrando que todos os modelos de intervención terapéutica son eficaces.

Pero non so todos os modelos son eficaces senón que nin a experiencia nin a formación previa mellora os resultados da terapia (Hubble, Duncan e Miller, 2006). Ata o punto de que persoas non profesionais, sen ningún tipo de preparación previa en terapia e sen supervisión de ningunha clase obteñen resultados moi semellantes aos que alcanzan os/as terapeutas titulados (Gøtzsche, 2016; Guy, 1995).

4.2.2. A farmacopea da felicidade:

Lipovetsky (2010) explica que, nos últimos anos a sociedade occidental sufriu un importante cambio. O sociólogo francés identifica a mudanza a partir da evolución da sociedade do consumo á sociedade do hiperconsumo.

Este cambio, á súa vez, trouxo o cambio do materialismo típico da sociedade do consumo polo hiperconsumidor demandante de confort psíquico, de harmonía interior e plenitude subxectiva. A sociedade do Hiperconsumo sería a típica dunha “civilización do desexo” na que o capitalismo usa como instrumentos para a súa autoperpetuación a estimulación eterna e infinita das necesidades e a comercialización das mesmas (Lipovetsky, 2010).

Esta sociedade tería segundo Lipovetsky (2010) as seguintes características:

- É unha sociedade posmaterialista.
- Dominada pola caducidade controlada, é dicir, o continuo cambio. O que ven de denominarse a *obsolescencia planificada*.
- Orientada ao presente e ao goce inmediato. O que Lipovetsky (2010) denomina o *goceminuto*.
- Infectada polo virus das compras, a paixón polo novo e a avidez crónica de benestar material e psíquico.
- Unha sociedade que fomenta a creación de necesidades artificiais.
- Unha sociedade que abandonou a *lóxica fordista*³¹ de funcionamento para asumir a *lóxica-moda*.

Todo isto, e seguindo sempre a Lipovetsky (2010) xerou un tipo de consumo emocional, é dicir, foméntase o consumo non polo desexo de acumulación de bens senón pola experiencia subxectiva de benestar que pode producir o feito da compra. De aí toda unha reorganización dos grandes centros comerciais para convertelos en verdadeiros templos adicados ao goce e benestar individual das persoas que pasan practicamente días enteiros no seu interior: cines, cafeterías, tendas de roupa, tendas de alimentación, etc.

Unha das consecuencias deste tipo de sociedade, segundo este analista, sería o potente desenrolo da autoaxuda e a “expansión do mercado da alma” (Lipovetsky, 2010, p. 11) que provocou a extrema difusión das farmacopeas da felicidade. Neste sentido este autor comenta:

Nunha época en que o sufrimento carece totalmente de sentido, na que se esgotaron os grandes sistemas referenciais da historia e a tradición, a cuestión da felicidade interior volve estar “sobre o tapete”, converténdose nun segmento comercial, nun obxecto de marketing, que o hiperconsumidor quere ter a man, sen esforzo, enseguida e por todos os medios (Lipovetsky, 2010, p. 11).

Dando un paso máis Lipovetsky (2010) ponnos sobre aviso de que todo isto xerou unha nova visión do noso corpo da man da medicalización do consumo. Un proceso que estaría influíndo en que nos últimos tempos nas sociedades occidentais, estase disparando o gasto sanitario. Aumenta

³¹ En Socioloxía sostense que o capitalismo, en canto á súa lóxica empresarial, evolucionou dende o chamado Taylorismo (forma tradicional de produción), ao fordismo (produción en cadea, que toma o nome de Henry Ford o creador da marca de coches que leva o seu mesmo nome) e mesmo ao toyotismo (produción deslocalizada que toma o nome, tamén da correspondente marca de coches). Propoñendo Lipovetsky (2010) unha nova evolución á lóxica moda.

tanto o gasto xerado polos medicamentos como o xerado polas probas e intervencións médicas (análises, operacións cirúrxicas, hospitalizacións, etc.). A isto viría a sumarse a preocupación polo coidado da saúde, a prevención das enfermidades... Isto, á súa vez, dispara o consumo de programas televisivos sobre a saúde, libros de divulgación sobre asuntos relacionados coas enfermidades e o mantemento da saúde. Non basta con curar as enfermidades hai que adiantarse á súa aparición e previr o que poida pasar.

Todo isto impón unha observancia e vixilancia constante do gran ollo que todo o ve da medicina. É así que esta alcanza un gran poder ampliando os seus grandes tentáculos en nome da calidade de vida. Xa non só se pode quedar nunha análise de sangue débese dicir a unha persoa: que comer, cando, como, porque. E invadir o campo doutros profesionais, de aí que o apelido “sanitario” tornouse omnipresente e é garante de calidade. De aí que hoxe en día non existen servizos sociais de axuda no fogar senón servizos sociosanitarios, os profesionais da psicoloxía loitaron en España ata alcanzar a consideración de profesionais sanitarios (será que iso os converte en mellores profesionais?)... Loita que, por outra banda, perderon os profesionais do traballo social. Todo isto envolto pola vixilancia hixiénica dun mesmo, os temores hipocondríacos, o combate médico contra a enfermidade e unha crecente angustia relacionada co corpo e a saúde.

Todo isto conduce a Lipovetsky á formulación dun aviso a navegantes en forma de paradoxo, léase dobre vínculo, no que podemos vernos atrapados/as se non temos moito coidado:

Numerosos comportamentos poñen de manifesto que na actualidade o corpo considérase un material que pode corrixirse ou transformarse a vontade, como un obxecto totalmente a disposición do suxeito. A cirurxía estética, as fecundacións in vitro, pero tamén o consumo de psicótropos para “xestionar” os problemas existenciais ilustran esta relación individualista co corpo. Os suxeitos queren agora elixir o seu estado de ánimo, controlar as súas vivencias cotiás, ser donos das eventualidades emocionais recurrido a fármacos psicotrópicos, cuxo consumo, como se sabe, non deixa de crecer. A medida que se afirma o principio de soberanía persoal sobre o corpo, o individuo confía á súa sorte á acción de sustancias químicas que modifican os seus estados psicolóxicos “desde o exterior”, sen análises nin traballo subxectivo, xa que só contan a eliminación inmediata dos desarreglos (fatiga, insomnio, ansiedade), a maior eficacia posible, o desexo de producir estados afectivos “por encargo”. A existencia de soberanía individual exprésase aquí por un consumo pasivo de moléculas químicas. Si estes trivializados recursos á psicofarmacoloxía dan fe do desexo individualista de controlar o corpo e o estado de ánimo, reflicten ao mesmo tempo certa impotencia subxectiva, dado que o suxeito renuncia a todo esforzo persoal e se abandona á omnipotencia de produtos químicos que traballan nel, sen el. Non buscamos xa a solución aos nosos males nos nosos recursos interiores, senón na acción de tecnoloxías moleculares que, ademais, teñen efecto aditivo. O individuo desexoso de dirixir ou rectificar ao seu gusto a súa interioridade transformase en individuo “dependente”: canto máis reclama a plena potestade sobre a súa vida, máis se despregan formas novas de sometelo (Lipovetsky, 2010, p. 51).

Nos últimos tempos o gasto en medicamentos, e en concreto nos fármacos psiquiátricos disparouse (Frances, 2014; GÖtszche, 2016; Whitaker, 2015). Esta situación tamén se corresponde coa que se pode atopar en Galicia. No xornal A Opinión nun artigo do día tres de xullo de 2018 pódese ler:

Os atidepresivos son os fármacos cuxo consumo máis medrou no último lustro na comunidade autónoma [de Galicia] (...). Un de cada dez galegos toma estes psicofármacos, máis de 226.100 persoas, un 50% máis que hai cinco anos. Pero ademais hai outros 400.000 galegos que necesitan tranquilizantes para durmir (...). Galicia lidera en España o consumo deste tipo de medicamentos³²

³² Pérez, P. (03 de xullo de 2018). Casi 230.000 gallegos toman antidepresivos, un 50% más que hace solo cinco años. Recuperado o 4 de xullo de 2018 de <http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2018/07/03/230000-gallegos-toman-antidepresivos-50/1306679.html>

Fronte a isto Frances advirte de que a terapia pode ter os mesmos efectos que a medicación en persoas con trastornos leves e moderados; matizando que

Se ben a psicoterapia tarda un pouco máis en facer efecto e en principio custa máis, os seus efectos beneficiosos son máis duradeiros, cousa que, á larga, fai que sexa máis barata e mellor (...) a psicoterapia fai que o doente se implique ao inculcarlle novas habelencias para sobrelevar os seus problemas e novas actitudes ante a vida (2014, p. 138).

4.3. A TERAPIA SISTÉMICA E OS TCA

A terapia sistémica desenvolveu ao longo da súa historia catro modelos de abordaxe dos trastornos de alimentación: a Escola de Milán, a abordaxe estrutural representada por Salvador Minuchin, a terapia narrativa exemplificada por Michael White e a Escola de Arezzo con Giorgio Nardone á súa fronte.

4.3.1. A Escola de Milán

O camiño que conduciu a Mara Selvini Palazzoli á terapia sistémica é longo e tortuoso. Estuda medicina en Italia. En 1963 publica *L'anoressia mentale*. Nesta obra fai un acercamento aos trastornos de alimentación desde bases psicanalíticas ou psicodinámicas. Con este libro xa destaca, pero con corenta anos comeza a ler todo o publicado sobre terapia familiar.

Tras unha serie de dificultades, como conta a propia Mara Selvini (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 2010) en 1970 establécese un grupo de oito profesionais, que en 1971 escíndese e alcanza o número definitivo de catro. En calquera caso, a partir de 1971 fórmase un grupo que usará o modelo sistémico para realizar as súas investigacións e para traballar coas familias. O devandito grupo estaba formado pola propia Mara Selvini ademais de Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin e Giuliana Prata (son, pois, dous homes e dúas mulleres, todos/as eles psiquiatras).

En 1974 publica *Self-starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Esta sería unha obra de transición. Da primeira á terceira parte sería unha ampliación e reelaboración da obra de 1963; e estaría incluída aínda no marco psicanalítico. A cuarta parte sería un acercamento á abordaxe familiar da anorexia. Esta mostraría as posturas temperás da Escola de Milán (1971-1973). Neste momento o marco evoluciona dende a psicanálise á influencia da terapia sistémica, centrada nas ideas de Jay Haley, a teoría da comunicación da Escola de Palo Alto e de Virginia Satir (Selvini, 1988).

Posteriormente Selvini Palazzoli (1985) publica un artigo no que describe a anorexia como un trastorno típico da rica sociedade occidental.

Finalmente o grupo da Escola de Milán publica *Rapazas anoréxicas e bulímicas* (2002). Nesta obra recóllese unha investigación que conclúe identificando a cerna da anorexia nas relacións familiares, especialmente as interaccións entre o subsistema parental e o filial.

4.3.2. Salvador Minuchin e a terapia estrutural

O psiquiatra arxentino Salvador Minuchin dedicou a súa atención á anorexia na primeira parte da súa carreira profesional. Xa en 1970 presenta unha comunicación sobre o tratamento dun caso dunha persoa diagnosticada de anorexia, sinal de que na súa práctica clínica xa atendía a persoas con este tipo de trastornos.

En 1978 publica *Familias psicossomáticas: a anorexia nerviosa en contexto* (1982). Ao principio desta publicación explícase que

A anorexia nerviosa é unha síndrome psicossomática caracterizada tanto por síntomas físicos como psicolóxicos. É potencialmente fatal, refírense ratios de mortalidade do 10-15%. O trastorno xeralmente aparece en mulleres de clase media, a porcentaxe de homes anoréxicos é máis baixa. Polo xeral comeza durante a adolescencia, aínda que os casos poden comezar tamén na preadolescencia e na adultez (Minuchin, Rosman e Baker, 1982, p. 1).

A partir deste diagnóstico, os autores diferencian dous tipos de abordaxe da intervención ca anorexia: a de tipo individual, chamado modelo lineal e o modelo de sistemas, que partiría da intervención individual para rematar traballando co/a cliente/a no seu contexto.

O modelo lineal estaría representado polas primeiras descrições da nosoloxía da anorexia (Morton, Gull e Lasègue) ás que se engadiría a psicanálise (Bruch) e a terapia condutual (Brady e Rieger).

O modelo dos sistemas defínese a partir dun perfil das familias con algún membro con anorexia, que compartirían catro características:

- Son familias que mostran un gran nivel de proximidade e intensidade nas interaccións que se producen entre os seus membros. Serían familias con límites débiles e doadamente traspasables, en definitiva, serían familias que tenden á fusión dos individuos que as forman.
- Son familias sobreprotectoras cun baixo nivel de diferenciación interpersoal.
- Serían familias ríxidas e que tenden a resistirse aos cambios.
- Serían familias que carecen de habelencias de afrontamento dos conflitos.

Todo isto conduce aos autores a prantexar un tratamento baseado na reconfiguración da estrutura familiar. A isto sumaríase a inclusión do/a terapeuta no sistema familiar, en especial, nos momentos nos que a familia come. Xa que sería nesas intres cando é doado que prendan as faíscas do conflito debido ás resistencias da persoa con anorexia para comer. O/a profesional trasladarase ao enderezo familiar para almorzar, comer e cear. Isto permitiría controlar e reconducir as resistencias e os conflitos que poidan xurdir en cada momento.

4.3.3. Michael White e a terapia das narrativas

O modelo das narrativas é formulado polo traballador social e terapeuta australiano, Michael White a partir de ideas tomadas de un abigarrado grupo de influencias: as teorías de Gregory Bateson, a filosofía da ciencia, a filosofía de Foucault, a Antropoloxía, a teoría crítica e a teoría feminista (White, 2002).

A idea que subxace a este enfoque, de carácter posmoderno, e que ven de constituír na punta de lanza da terapia sistémica da actualidade, é a teoría de que o ser humano constrúese a través de relatos ou narrativas. Neste sentido

O “relato do eu” é unha narrativa en primeira persoa que define a identidade dun individuo a base dos seus recordos e percepcións da súa vida actual, os papeis que xoga en varios grupos e institucións e as súas relacións sociais. A persoa conta con frecuencia estes relatos do eu aos demais; e mesmo a si mesma, no seu fragmentario “monólogo interno” (Payne, 2015, p. 36).

White (White e Epston, 1993) argumenta que en determinados momentos da vida das persoas imponse unha perspectiva pesimista debido a presenza dalgún problema, que chega a inundalo todo. Serían os momentos que este traballador social denomina momentos que veñen definidos por narrativas saturadas de problemas. O modelo das narrativas definiría a súa intervención polo cambio destas narrativas nas que o problema sexa posto no seu lugar, reducindo a influencia que pode ter sobre a vida do usuario/a.

Nesta terapia ten moita importancia o papel do poder, e por ende, a relación que se establece entre terapeuta e cliente. Esta relación debe vir presidida pola igualdade, algo que será recollido pola tradición feminista. O cliente/a é un experto na súa propia vida, de feito, White desterroou o termo cliente para denominar aos usuarios/as que atendía para pasar a chamalos sinxelamente persoas (White e Epston, 1993; White, 2004). White aproveitou ideas de Foucault (que partindo de ideas preestablecidas por Descartes), explica que a doenza mental institucionalizouse utilizando como criterio diferenciador a práctica da diverxencia, a exclusión. Entende a Psiquiatría como un

saber montado sobre a división (razón/loucura). Convertendo esta práctica nun discurso para facer razoable a loucura. Desde a óptica do saber arqueolóxico que practica Foucault poderíamos dicir que a razón exclúe ao outro (o tolo), internando e hospitalizando ao que padece a loucura. A tolemia adquire tinges de ausencia (deficiencia) ou rexeitamento. Toda a análise está presidido polo uso das técnicas documentais, cada individuo convértese nun “caso”. Permitamos que Foucault volva retomar a palabra para que poida explicarse,

un caso que á vez constitúe un obxecto para un coñecemento e unha presa para un poder (...) é o individuo tal como se lle pode describir, xulgar, medir, comparar a outros e isto na súa individualidade mesma; e é tamén o individuo cuxa conduta hai que encauzar ou corrixir, a quen hai que clasificar, normalizar, excluír, etcétera (Foucault, 1988, p. 196).

O labor desenvolvido por Michael White dentro da terapia narrativa en relación aos TCA será continuado polo seu colega David Epston (Epston e Brock, 1994; Epston, 1998; Maisel, Epston e Borden, 2004).

4.3.4. A Escola de Arezzo

Giorgio Nardone recolleu a antorcha do seu mestre, Paul Watzlawick (co que xa escribira varias obras), para fundar conxuntamente con este o *Centro de terapia estratéxica de Arezzo*. Nardone dedicouse, sobre todo a desenvolver protocolos de intervención breves dirixidos á intervención en problemáticas concretas, intentando respaldalos sempre coa evidencia práctica contrastada mediante a investigación. En concreto dirixiu as súas investigacións aos ataques de pánico e ás fobias (Nardone, 2007; 2008) e aos TCA (Nardone, 2009; Nardone, Verbitz e Milanese, 2011; Nardone e Selekman, 2013), entre outros.

Pódese destacar, pola relevancia que ten para o estudo dos TCA, unha das súas últimas obras escrita conxuntamente co traballador social e terapeuta, Matthew D. Selekman (Nardone e Selekman, 2013). Nela desenvólvese unha nova tipoloxía dentro dos TCA. Esta nova etiqueta basearíase nos datos proporcionados pola práctica clínica, na que se perfila o chamado síndrome do vómito ou *vomiting*. A devandita síndrome caracterizaríase pola práctica de condutas de autolesión (vómitos, cortes, etc.), entendidas como prácticas pracenteiras ou anestésicas que dificultan a intervención terapéutica.

CAPÍTULO 5

DO CORPO FÍSICO AO CORPO VIVIDO

Se o corpo non é un “ser” senón un límite variable, unha superficie cuxa permeabilidade está politicamente regulamentada, unha práctica significativa dentro dun campo cultural no que hai unha xerarquía de xéneros e heterosexualidade obrigatoria, entón que linguaxe queda para entender esta realización corporal?

Judith Butler (2016)

Neste capítulo verase como a consideración, valoración e definición do corpo foi cambiando ao longo da historia e xerando a concepción duns corpos cada vez máis dóciles e controlables. O asunto do corpo non é baladí se o pensamos como elemento que pode afectar aos procesos asistenciais ou terapéuticos que se levan a cabo con persoas diagnosticadas de TCA. A investigación xa puxo de manifesto a influencia da percepción do corpo dos/as terapeutas que teñen as mulleres diagnosticadas deste tipo de trastornos nos procesos terapéuticos (Rance, Clarke e Moller, 2013). A devandita percepción defínese na literatura da psicoloxía a través da imaxe corporal. Á súa vez, a imaxe corporal incorpora: aspectos cognitivos e afectivos; ademais dos puramente perceptivos que se combinan de diferentes maneiras (Espina, Ortego, Ochoa de Alda, Yenes e Alemán, 2001; Gardner, 1996; Salaberria, Rodríguez e Cruz, 2007). Por outra banda, o corpo intersecta con varias dimensións que xogan cadanseu papel en relación cos TCA como son a alimentación, os cánons de beleza e a imaxe. Así pois estes convértense en asuntos que deben de ser tratados neste traballo.

A pregunta decisiva é quen ten a capacidade de distinguir cando está o suficientemente alterada a percepción corporal como para decidir que se pode diagnosticar un trastorno? Evidentemente a profesión médica (a través do/a psiquiatra), algo sancionado á súa vez, polo psicólogo/a e o traballador/a social mediante a aceptación do diagnóstico e posterior toma das decisións de atención ou intervención correspondentes.

O corpo por outra banda, xoga un papel da maior relevancia cando se está a falar dos TCA. O corpo asume a forma dun organismo biolóxico que nun momento determinado da vida das persoas pode chegar a alterarse, a enfermarse. Isto móstrase a través dun corpo deteriorado, pero ao mesmo tempo, o fará a través dunha autoimaxe e un autoconcepto tamén alterado. Esta percepción alterada do propio corpo é o que se “xoga” nos procesos terapéuticos e sociais que envolven e desatan os TCA. Xogo que asume unha estrutura complexa e no que participa dalgunha maneira, tanto o corpo do/a paciente, como o corpo do/a terapeuta, ou profesional do social así como os imaxinarios

sociais que orientan, e dalgún xeito constrúen, a percepción do corpo, tanto social como individualmente a través dos procesos de socialización, tanto primaria como secundaria.

En última instancia no asunto do corpo estase a xogar tamén a propia identidade das persoas. Algúns autores/as, tanto dentro do marco interpretativo do feminismo e da teoría *Queer* (Brumberg, 1998; Butler, 2004, 2016; Chernin, 1994; Lawrence, 1987, 1998), como dende outros posicionamentos teóricos (Gordon, 1994) ligan a identidade e as dificultades que a sociedade imporía ás mulleres para desenvolve-la, como unhas das causas que poden desatar os TCA.

O corpo, asemade, estaría unido ao fenómeno da alimentación (ver capítulo 7). Esta debe ser entendida dende a socioloxía como un fenómeno total, é dicir, que excede dos parámetros de avaliación estritamente externos para converterse nun fenómeno imbuído de significación social. A isto únese o feito de que dende moi cedo e en case todas as culturas, a alimentación vinculouse á esfera da moral a través do tabú; aparecendo alimentos bos para comer, malos para comer ou mesmo vinculados á noción de noxo.

Se xiramos o foco de atención fronte ao que se dixo no parágrafo anterior e en vez de observar o corpo como organismo biolóxico o observamos como entidade social, veremos daquela todo unha serie de procesos sociais que determinan e inflúen nel. Sobre todo nas sociedades occidentais contemporáneas de alto nivel de complexidade e hiperconectadas, podemos observar como as novas tecnoloxías e as posibilidades de conexión constante e continua dotan ás mensaxes dos medios de comunicación duns alt falantes que saturan a sociedade de significados que poden influír tanto nunha persoa que se chegue a sentir mal co seu corpo e poida ter dificultades para desenvolver unha identidade persoal coa que se sinta cómoda e recoñecida, o que á súa vez, pode determinar a alteración das pautas de comportamento alimentario que rematen por facer saltar a espoleta da patoloxía.

A isto habería que engadir o feito de que os patróns de beleza, a imaxe prescrita nesta sociedade a cada un/unha de nós como obrigatoria e irrenunciable, os imaxinarios sociais do corpo, etc., non só afectarían ás persoas diagnosticadas dalgún dos trastornos da conduta alimentaria, senón aos propios profesionais que os/as tratan. Así pois, esa construción que se está facendo, en parte, polos procesos sociais vinculados á medicalización, deben ser tidos en conta á hora de falar da percepción dos/as profesionais.

Táboa 18: Metáforas utilizadas para referirse ao corpo humano

Delito (Toro, 2015)
Borrador (Le Breton, 2010)
Guerra (Le Breton, 2010; Nietzsche, 1994)
Prótese do eu (Le Breton, 2010)
Pantalla (Le Breton, 2010)
Encarnación provisional (Le Breton, 2010)
O dobre Corpo: Corpo individual/Corpo do rei (Hobbes, 2012)
O corpo social (Douglas, 1988)
Matriz Polimorfa (Merleau-Ponty, 1993)
Territorio en conflito (Duch y Mèlich, 2005)
Obra (Lipovetsky, 2016)

Pero, o corpo pode ser considerado como un dos elementos máis complexos dentro dos que asumen algún rol na percepción dos trastornos da conduta alimentaria, de feito historicamente lle foron asignadas unha serie de metáforas moi distintas entre si (ver táboa 18). Isto pódese argumentar que se debe a unha serie de causas: en primeiro lugar, o corpo forma parte da reflexión humana desde os propios inicios da mesma, polo cal os imaxinarios sociais do corpo teñen unha longa historia. Aínda que como di Planella de maneira moi gráfica “os traballos sobre teoría do corpo foron facéndose a contagotas”(2006, p. 85). Ademais, a variabilidade dos imaxinarios corporais das distintas culturas, as distintas épocas e mesmo comunidades humanas complican o

acercamento ao corpo. Por outra banda, a abordaxe do corpo lévase feito dende moitas disciplinas: a filosofía, a antropoloxía, a socioloxía, a historia da arte, a medicina, a semiótica, etc. e tamén existe unha grande heteroxeneidade nas teorías contemporáneas que tratan do corpo. E, por último, o feito de que as análises feitas sobre o corpo deban sempre conciliar dous planos: o biolóxico e o social. En calquera caso, Ferrater (1988), fala de tres posibles concepcións do corpo: Ou ben pode ser considerado un obxecto físico con propiedades sensibles, caracterizado sobre todo, pola extensión, ou ben como materia orgánica que constitúe ao ser humano e aos animais, ou como a materia orgánica que constitúe ao home no corpo humano. O corpo nesta terceira acepción sería considerado como “o meu corpo” e en parte da historia do pensamento, sería enfocada a reflexión dende as relacións establecidas entre o corpo e a alma. Como se verá, estas definicións quedarían moi curtas se temos en conta a reflexión sobre o corpo feita dende a socioloxía e a antropoloxía na posmodernidade.

En función do que se explicou ata o de agora, a intención deste capítulo e facendo uso da noción de ruptura epistemolóxica de Gaston Bachelard (1974, 1989) aplicada ao corpo, é facer unha descrición dos procesos que afectaron á noción do corpo ao longo do tempo (ver táboa 19). Diferéncianse, en concreto, dous procesos paralelos que se irán poñendo de manifesto ao longo deste capítulo como é a progresiva secularización que afecta á comprensión do corpo, e ao mesmo tempo, un progresivo proceso de medicalización na comprensión da estrutura corporal. Á súa vez, este proceso de medicalización lévase a cabo a través das ideas que vai xerando a incipiente profesión médica, o que determina a comprensión do corpo como unha estrutura orgánica/física/biolóxica, apartada, como se explicará, da súa determinación e, mesmo construción social e cultural. Isto determinará, á súa vez, que a medicina imponha unha progresiva escisión na atención que se lle presta ao corpo dende os procesos asistenciais que se levan a cabo dentro dos sistemas hospitalarios e de atención sanitaria ás persoas, forzando a perda da concepción da atención ás persoas dentro dunha óptica global ou holística. Isto pode explicarse tamén dicindo que se tratan enfermidades e non persoas.

Táboa 19: Principais rupturas epistemolóxicas producidas no corpo humano

Monismo → Dualismo
Sacralización → Secularización
O corpo interpretado socialmente → Medicalización
Corpo natureza (biolóxico) → Corpo social (imaxinario)
O corpo como algo dado, inalterable → O corpo como estrutura en constante construción

Por outra banda, a profesión médica, debido ao status social que ostenta e ao poder simbólico que a sociedade lle outorga como instancia que diferenza e reconece a situación de saúde ou enfermidade, pode chegar a trasladar este tipo de percepcións sobre o corpo a outras disciplinas como serían a psicoloxía ou o traballo social.

5.1. O NACEMENTO DO CORPO

Nesta sección explicarase como o corpo xorde como obxecto de reflexión en épocas temperás e como se vai vendo afectado polos devanditos procesos de secularización e medicalización, ata converterse no elemento identitario por excelencia adquirindo por iso unha enorme importancia no que respecta aos TCA.

Como se dicía nas liñas introductorias deste apartado a historia da reflexión sobre o corpo pódese rastrexar na sociedade occidental ata Homero (Laín Entralgo, 1987; Snell, 2007). Este tipo de testemuños orixinaría o que Planella (2006) denomina a visión cotiá do corpo na Grecia clásica.

Pero o primeiro que chama a atención na reflexión da Grecia clásica sobre o corpo, é a cantidade de termos que utilizaban para referirse a el³³.

A partir das análises de Vernant (2001) pódese distinguir o corpo dos mortais e o corpo dos deuses. Xérase así a idea dun corpo coas características e facultades de maior calado e un subcorpo (derivado e precario). Este sempre se entende a partir daquel, e caracterízase por estar incorporado á natureza e defínese sobre todo a partir do seu carácter efémero, da súa caducidade, fronte á inmortalidade do corpo divino. Como din Duch e Mèlich “No universo grego, o corpo humano serve de soporte ao corpo divino; practicamente aquel é a única representación posible deste”(2005, p. 38). Pero ese corpo, aínda nesta época temperá acada a característica de ser un elemento construído socialmente. A beleza e o honor dos mellores (*áristoi*) están indisolublemente unidos, e proxéctanse no corpo, que metaforicamente adopta a forma dunha pantalla na que os valores sociais encarnan e incorporan un ideal social de vida e comportamento: a admiración, a memoria como camiño para alcanzar a inmortalidade, a moderación fronte a *hybris*, a temperanza, etc. En definitiva, o modelo agonístico dunha cultura da vergoña, característico da sociedade da Grecia Antiga, fronte o modelo xudeocristián típico dunha cultura da culpa (Dodds, 1994). Neste senso Vernant abunda na idea de que,

Máis que como morfoloxía dun conxunto de órganos ensamblados, á maneira dunha lámina anatómica, ou coma figura coas particularidades físicas propias de cada quen, á maneira de retrato, o corpo grego na Antigüidade móstrase coma brasón que fixera aparecer por medio de trazos emblemáticos os numerosos “valores” –de vida, de beleza, de poder– dos cales está provisto o individuo, dos que resulta titular e proclaman a súa *timé*: a súa dignidade e rango. Para referirse á nobreza de espírito, ao corazón xeneroso co que contan os mellores de entre todos, os *áristoi*, o grego dispón da expresión *kalòs kágathos*, que indica que a beleza física e a superioridade moral son indisociables (2001, p. 26).

A mesma alma caracterízase nesta primeira etapa da historia grega por ser coma un dobre evanescente da persoa cando estaba viva e que se incorpora no *colosso*³⁴ (Vernant, 1985). Non deixa de ser sintomático o feito de que unha das palabras usadas para designar a alma (*pneuma*), era usada orixinalmente para denominar o alento e a respiración; conformando unha visión da alma como algo asimilable ao fume, a unha sombra, en definitiva, unha imaxe incorpórea que flota (Rohde, 1994).

Andando o tempo xorden as reflexións de Platón e Aristóteles. En concreto, vaise expoñer a postura destes dous pensadores con algo de minuciosidade debido á enorme influencia que tiveron nas teorías explicativas do corpo da sociedade occidental. Fronte á postura tradicional sobre o corpo que dominou na Grecia arcaica, caracterizada por unha explicación integral do corpo, en Platón asístese aos inicios da explicación dualista. Este non volverá ser o mesmo a partires dese intre. Fronte a esta concepción do corpo a aristotélica caracterizarase polo seu carácter empirista e monista, e tamén abrirá unha longa tradición na historia do pensamento occidental.

Platón exemplifica, ao longo de toda a súa produción, o dualismo da súa teoría asignando diferentes significados á alma e ao corpo (ver táboa 20). Eses significados organízanse de forma dicotómica en parellas de significados opostos que inician o dualismo que caracteriza a interpretación da relación entre a alma e o corpo no pensamento da sociedade occidental. Algúns destes significados manteranse ao longo da historia xa que o corpo interpretárase a miúdo como finto de irracionalidade, perecedeiro (mortal, soluble) e como elemento que pode causar tensión.

³³ Vernant (2001) cita entre outros: *sôma* (usado nunha primeira época para referirse só ao cadáver), *dêmas* (corpo, estatura, altura, armazón corporal), *khros* (envoltura exterior, pel, pigmentación da pel), *kara* (con significado de cabeza, pero usado metonimicamente para falar do corpo, como se facía tamén no caso de *stêthos*, *êtor*, *kardía*, *phrên*, *prapides*, *thymós*, *ménos*, *nóos*...).

³⁴ O *colosso* podía tomar a forma dunha pequena figura de pedra de forma antropomorfa que se soterraba ca persoa, ou a dunha pedra chantada no chan e que segundo Vernant (1985) permitiría, dalgunha maneira, o acceso do outro mundo (invisible) a este (visible). Ese carácter de dobre do *colossos* facilitaríalle a súa función mediadora entre os dous mundos.

Por outra banda, haberá que esperar ata o século XIX, con Husserl, para que se acabe de pechar a ferida aberta polo dualismo entre a alma e o corpo, asumíndose por este os significados que inscriba a sociedade simbolicamente en cada un de nós.

Táboa 20: Significados asignados ao corpo e á alma por Platón

Significados asignados á alma	Significados asignados ao corpo
Semellante ao divino	Semellante ao humano
Intelixible	Irrracional
Uniforme	Multiforme
Inmortal	Mortal
Indisoluble	Soluble
Idéntica a si mesma	Nunca idéntico a si mesmo
Combinación	Tensión
Harmonía	Cohesión

Como é ben sabido, en Platón exerceron unha grande influencia as ideas dos órficos e os pitagóricos³⁵, a través deles asumirá como propia a interpretación do corpo como cárcere da alma. O tradicionalmente coñecido como *sôma sêma*. Este dualismo marcará a partir deste momento toda a historia do pensamento sobre o corpo. Esta interpretación dual “incorpórase” en dúas dimensións que se fan presentes nas análises platónicas do corpo. O corpo soe aparecer explicado como elemento que impón unha barreira, algún tipo de obstáculo tanto a nivel epistemolóxico como a nivel ético. No *Fedón*, Platón dinos que “en tanto que teñamos o corpo e a nosa alma esté contaminada pola ruindade deste, xamais conseguiremos suficientemente aquilo que desexamos”(trad. en 1992a, p. 44), o obxecto de desexo, segundo Platón, sería a verdade. O corpo, facendo uso dos nosos sentidos, dificulta que alcancemos o verdadeiro coñecemento. O filósofo ateniense matiza que os sentidos engánannos (Platón, trad. en 1992b). Só a través do uso da alma poderemos alcanzar a sabedoría “E así, cando nos desprendamos da insensatez do corpo, segundo o probable estaremos en compañía do semellante e coñeceremos por nós mesmos todo o puro, que iso é seguramente o verdadeiro”(Platón, trad. en 1992a, p. 45).

Pero o corpo supón ademais outro problema engadido, xa que este sería a sede do mal e por iso este afectaría á alma. O desexo implicaría a imposibilidade do corpo para alcanzar un saber universal. O filósofo debería tender cara ao dominio das paixóns e a recluírse ca alma nese labor que era o pensamento para Platón (trad. en 1990), é dicir, unha conversa con nós mesmos. A partir de Platón os distintos autores/as e teorías asumirán unha postura positiva ou negativa na valoración do corpo (ver táboa 21). As valoracións sociais do corpo ata o século XIX foron de carácter predominantemente negativo, sobre todo pola influencia da moral xudeocritiá (ver capítulo 18). Esta influiu no pensamento dos principais filósofos medievais o que fixo que durante séculos o corpo se vise como algo execrable, fonte dos peores desexos humanos e porta de entrada da influencia do diaño para facer pecar aos seres humanos. Só o século XIX trouxo ao pensamento un proceso de transvaloración do corpo, o que non sempre se correspondeu, por outra banda, ca situación social vivida en moitos países pénsese por exemplo en toda a época victoriana vivida en Gran Bretaña, e por derivación en todo o imperio británico.

³⁵Guthrie chega a falar de “fascinación tremenda”(2003, p. 215), e dun respecto que se atopa moi preto da reverencia. Pero di que sería necesario matizar a influencia debido á elaboración á que a soe someter Platón; ademais de avanzar a tradución de *sêma* tanto por tumba como por signo, marca o que modificaría a posterior interpretación que se fixera das relacións entre o corpo e a alma. Sobre a influencia do movemento órfico en Platón o mesmo Guthrie apunta noutra das súas obras que as obras platónicas están “saturadas da linguaxe de pureza, santidad e iniciación dos misterios e a súa concepción do filósofo está coloreada pola propia dos iniciados”(1990, p. 328).

Táboa 21: Ciclos ao longo da historia na valoración do corpo

Autor	Problema	Clave interpretativa	Valoración do corpo
Homero (trad. en 2005, 2010)	Supervivencia tras a morte	Persistencia do recordo das persoas tras a súa morte (memoria)	Positiva
Orfismo (Guthrie, 2003)	Supervivencia tras a morte (<i>sôma sêma</i>)	Ritos iniciáticos (<i>teletái</i>) que permiten a supervivencia	Negativa
Platón (trad. en 1992a)	Alcanzar o coñecemento	Dualismo e separación entre alma e corpo	Negativa
Aristóteles (trad. en 1988b)	Alcanzar o coñecemento	Naturalización do corpo	Positiva
Epicuro (trad. en 1991)	Alcanzar a <i>aponía</i> ³⁶ e <i>ataraxia</i> ³⁷	Revalorización dos praceres corporais e do corpo	Positiva
Pensamento cristián medieval	Supervivencia tras a morte	O corpo como orixe do pecado e do mal	Negativa
Renacemento (Vigarello, 2005)	Alcanzar a beleza (harmonía)	Sacralización do corpo	Positiva
Spinoza ³⁸ (1987, 1990)	Articulación universal e particular	Corpo como un modo do atributo da extensión, unido á alma	Positiva
Descartes (1986, 1990)	Garantir o coñecemento racional	<i>Res cogitans/Res extensa</i>	Negativa
Hobbes (2000)	Seguridade	Materialismo e monismo	Positiva
Nietzsche (1988a)	Revalorización do corpo	Naturalización do corpo	Positiva
Freud (2008)	Traumas	O consciente e o inconsciente	Ambigua
Husserl (1994, 2014)	Constitución do coñecemento e intersubxectividade	O corpo físico (<i>Körper</i>) e o corpo vivido (<i>Leib</i>)	Positiva
Merleau-Ponty (1993)	Percepción	O corpo como condición ontolóxica e fonte de coñecemento	Positiva
Foucault (1998)	Control dos corpos	A biopolítica, os discursos, o sexo, a episteme	Positiva
<i>Queer Theory</i> (Butler, 2016)	As construcións sociais dos patróns corporais	Deconstruír esas construcións	Positiva
Le Breton (2002a, 2002b)	Identidade	O corpo inacabado en constante re-construción	Positiva
Novas tendencias (Planella, 2006)	As novas tecnoloxías e a construción social da diferenza	Corpos <i>freak</i> (monstro), o transhumanismo, o hiperhumanismo, o posthumanismo, ou os cyborg	Positiva

En calquera caso, un famoso helenista (Guthrie, 1990) conclúe que Platón remata por defender unha teoría da necesidade de harmonía entre o corpo e a alma³⁹, aínda que mantendo a primacía desta sobre aquel. Interpretación que implica unha evolución desde o dualismo estrito defendido no *Fedón* (Platón, trad. en 1992a) ás ideas reflectidas na *República* onde as afeccións consideraríanse xa parte da alma e non do corpo, neste senso “as virtudes diferentes da razón non están moi distantes do corpo”(Guthrie, 1990, p. 458).

³⁶A *aponía* pódese definir como “ausencia de pena ou dor”(Ferrater, 1988, p. 237).

³⁷A *ataraxia* é o estado de imperturbabilidade ou ausencia de calquera tipo de inquietude que, como sinala Epicuro (trad. en 1991) na *Carta a Meneceo* alcánzase mediante o equilibrio que debemos establecer entre o corpo e a alma prestando atención ás eleccións que facemos.

³⁸Como exemplo da importancia do corpo para Spinoza pódese mencionar o feito de que na *Ética* é citado 582 veces (Álvarez Gómez, 2001), estando ao nivel de termos coma Deus, idea ou alma (*mens*).

³⁹Algo que, por outra banda, nega outro dos grandes especialistas na filosofía platónica (Grube, 1987) e que semella deixar aberto o camiño á reflexión sobre o corpo no pensamento occidental.

Sinalar que recentemente publicouse un libro que recolle unha investigación levada a cabo por Alberto Bernabé (2011) na que, recollendo algunha idea sinalada por Guthrie (2003) fai unha interpretación matizada da defensa levada a cabo por Platón da teoría do *sôma sêma*. Nela, Bernabé propón que *sêma* pódese traducir en termos órficos por sepultura, pero Platón derivaría cara sinal/manifestación. Isto permítelle defender que a teoría platónica non era de carácter tan pesimista como se soe pensar, xa que o corpo sería o instrumento de salvación “Para iso substitúe a imaxe da sepultura pola de cárcere e mesmo chega máis alá para considerar o corpo un recinto no que a alma se mantén san e salva”(2011, p. 142).

Polo que se dixo ata o de agora, queda claro que a reflexión sobre o corpo realizada dende a filosofía vaise vertebrar arredor da relación deste coa alma. Neste sentido, a teoría aristotélica do corpo pode estar influída tanto pola teoría platónica como polas ideas hipocráticas. Por unha banda, Aristóteles foi alumno da Academia durante dezanove anos, ata a morte de Platón (Ross, 2013). Por outra banda, o pai do Estagirita, segundo as fontes dispoñibles, foi médico na corte do rei Amintas en Macedonia –o que co paso dos anos sería o avó de Alexandre Magno–, o que leva a comentar a Guthrie que “á súa inclinación pola ciencia e a medicina foi herdanza do seu pai e dos seus antepasados”(1993, p. 34). Todo isto configurou unha ollada de tipo empirista á hora de enfrontarse ás súas pescudas.

Se Platón debullou unha concepción dualista do corpo, con todo o que iso significou para a posteridade, Aristóteles deseña unha teoría do corpo monista⁴⁰, como sinala Ross “Aristóteles non sostén unha teoría da dobre sustancia. O corpo e a alma non son sustancias, senón elementos inseparables dunha soa sustancia”(Ross, 2013, p. 154). En primeiro lugar deixa claro que o que debe estudar o corpo e as súas afeccións é o físico, e non o metafísico que se ocuparía “das realidades que existen separadas en canto tales”(Aristóteles, trad. en 1988b, p. 136). O filósofo explica que existirían unha serie de afeccións comúns a alma e corpo, matizando que “Na maioría dos casos pódese observar como a alma non fai nin padece nada sen o corpo, por exemplo, encolerizarse, envalentonarse, apetecer, sentir”(Idem, p. 134). Máis tarde aclara que o corpo orgánico é por dedución unha sustancia en potencia que atopa na alma a súa forma (*eidos*) ou entelequia. A alma, pois, está indefectiblemente unida ao corpo, formando con el unha unidade indisoluble; e que, polo tanto, remata ca morte da persoa. E, mesmo lle critica aos pitagóricos que unan o corpo e a alma “sen preocuparse de definir nin o porque, nin a maneira de ser do corpo”(Idem, p. 151). Para explicar a relación entre a alma e o corpo Aristóteles di que “si o ollo fóra un animal, a súa alma sería a vista”(Idem, p. 169). Pódese concluír que o corpo sería un elemento orgánico, que serve de base á alma, e que posúe a vida en potencia (*energeia*). E mesmo podemos coincidir con Ross en que “anticipándose a unha famosa teoría moderna, Aristóteles engade que, alí onde están presentes as condicións corporais requiridas, emocións como a ira e o medo, parecen como froito da menor causa mental ou en ausencia dalgunha. En consecuencia, os fenómenos mentais son “fórmulas que entrañan materia”(2013, p. 152).

En calquera caso, non se debe esquecer que na *Política*, Aristóteles defende a escravitude coma un fenómeno de carácter natural. E argumenta que “A natureza quere mesmo facer diferentes os corpos dos libres e os dos escravos: uns fortes para os traballos necesarios; outros erguidos e inútiles para tales mesteres, pero útiles para a vida política”(trad. en 1994, p. 58) é dicir, algúns individuos son escravos por natureza e teñen corpos de escravo, aínda que a continuación explica que algúns seres humanos son escravos en virtude dalgunha lei. E comenta que é mais doado ver a beleza da alma que a beleza do corpo (Aristóteles, trad. en 1994), aínda que non explica por que.

⁴⁰Sobre esta interpretación existe unha grande polémica na crítica que xira en torno da interpretación xenética da filosofía aristotélica que iniciou Werner Jaeger (1984). Jaeger e outros críticos defenden unha importante evolución das ideas aristotélicas sobre a alma a partir da comparación das ideas defendidas polo filósofo na súa filosofía temperá (sobre todo no *Eudemo*) coas que expón na súa época madura. Aínda así, despois de moitos anos de disputa pódese dicir que nestes momentos moi poucos autores defenderían unha evolución extrema como a que defendeu Jaeger na súa época, senón unha certa evolución matizada, e que, no que respecta ao asunto que estamos a tratar viría a significar que Aristóteles seguiu defendendo as ideas expostas no *Eudemo* dunha maneira matizada e evolucionada.

Por outra banda, se se atende á irrupción destes primeiros balbuceos sobre o corpo, pódese ver que se empeza a xerar unha evolución pendular arredor do mesmo (ver táboa 21). É dicir, empezan a facer aparición algunhas interpretacións que defenden unha visión integral do corpo e que soen levar aparellada unha interpretación positiva do mesmo; e, por outra banda, xorden teorías artelladas arredor do dualismo na interpretación do corpo humano e que soen encubrir significados de tipo negativo deste.

5.2. O HOME MÁQUINA

Tras a aparición do corpo como elemento de reflexión na antigüidade, historicamente xorde o cristianismo e a súa concepción moral, que supuxo unhas das grandes rupturas epistemolóxicas en relación ao corpo, sobre todo pola xeneralización dunha representación social do corpo, de corte negativo e fortemente cargado de aspectos morais e mesmo relixiosos, cando non místicos.

A interpretación relixiosa do corpo dentro do cristianismo e o agravamento dos significados negativos ligados ao corpo influirán na aparición do fenómeno das *anoréxicas santas* (Bell, 1985). Debido ao tratamento que xa se lle deu no capítulo 4 a este fenómeno non nos imos deter neste momento da explicación e vaise centrar a atención noutros dos grandes xiros epistemolóxicos que afectan ao corpo.

Na Idade Moderna os imaxinarios sociais que orientan as representación do corpo van dar un xiro de cento oitenta graos. No Renacemento vai mudar a concepción da medicina que viña dominando desde a Grecia Antiga. É dicir, o modelo humoral que se pode atopar nos escritos hipocráticos e que Galeno (trad. en 1997) recolle no século II d.c., para iniciar o camiño da medicalización deixándose guiar pola anatomía (Porter e Vigarello, 2005).

Na teoría humoral o corpo interprétase como un composto de sangue, bilis -amarela e negra- e flema. Estes catro fluídos e as súas evolucións explicaban a dinámica corporal. No momento en que se producía un desequilibrio entre eles interpretábase que facía aparición a enfermidade. Esta maneira de interpretar a enfermidade como un desequilibrio entre determinadas sustancias ou estruturas é unha teoría de longo recorrido, de feito, pode considerarse que fai aparición con Alcmeón de Crotona no século VI a. c., continuaría con Hipócrates no século V a. c. e pasaría a través de Galeno ata a Idade Media e o Renacemento. Algúns autores (Götszche, 2016) mesmo interpretan determinados posicionamentos do modelo médico da actualidade no tocante á doenza mental, como unha renovación da teoría da enfermidade como desequilibrio.

Como sinalan Porter e Vigarello (2005) a ruptura deste imaxinario xorde coa aparición en escena de Vesalio no século XVI. En 1543 sae do prelo *De humani corporis fabrica* (Da construción do corpo humano), nesta obra Vesalio explicaría que as observacións anatómicas de Galeno corresponderíanse ca anatomía animal e non coa dos seres humanos. Como sinalan estes autores “A gran contribución de Vesalio consiste na creación dun ambiente de investigación e na renovación do estudo anatómico fundado na observación”(Porter e Vigarello, 2005, p. 332).

Seguindo a Porter e Vigarello (2005) pódense mencionar dous cambios que permitirían a aparición do imaxinario dunha anatomía patolóxica: a concepción da enfermidade como entidade real e gobernada por leis naturais e a obra de Morgagni e Baillie que permite localizar a enfermidade en órganos específicos do corpo. Asoma así a posibilidade do corpo enfermo que xorde dende as profundidades do invisible, o que significará co tempo a paulatina debilitación do imaxinario que dominaba a medicina popular nesa época, é dicir, o paradigma da *simpatía* que impoñía a crenza de que o semellante cura o semellante⁴¹, que trasladouse no seu momento da maxia á ciencia (Frazer, 2011).

Fronte a este tipo de imaxinarios fará aparición con forza a metáfora de novas representacións do corpo, que tomando como modelos a nova física e a enxeñería mecánica, apelarán ao corpo como máquina. Este tipo de imaxinarios corporais teñen a súa orixe, no eido do pensamento, na

⁴¹Non deixa de ser curioso que no século XXI aínda podamos acceder á homeopatía que se basea no principio do uso de cantidades infinitesimais das sustancias que causan as enfermidades para curar as mesmas.

filosofía cartesiana. Descartes define nas súas *Meditacións Metafísicas* o corpo coma: “unha cara, mans, brazos e toda esta máquina composta de ósos e carne”(1986, p. 123). Comentario que completa dicindo que entende por “corpo todo aquilo que pode terminar por algunha figura, estar colocado en certo lugar e encher un espazo de modo que exclúa a calquera outro corpo; todo aquilo que poida ser sentido polo tacto ou pola vista, ou polo oído, ou polo gusto, ou polo olfacto; que poda moverse en varias maneiras, non certamente por si mesmo”(1986, p. 123). Desde este punto de vista o corpo, como dirá Javier de Lorenzo “queda reducido á magnitude espacial, á extensión cuantificable”(1991, p. 126). Isto rematará por conducir a Descartes ao dualismo máis salvaxe que se vira na historia do pensamento e que se manterá na literatura científica, practicamente ata o século XX cas pescudas de Husserl; estas permitirán xirar o foco co que se estaba a observar o corpo, pasando este a verse como algo constituído pola vivencia persoal do mesmo, o que co tempo permitirá interpretalo como unha estrutura construída a través dos imaxinarios sociais de cada cultura, cada sociedade ou de cada momento.

Pero a concepción cartesiana do corpo non só vai impoñer a separación entre o corpo e a alma, senón que conleva a contradición entre o corpo e a persoa (Planella, 2006). O que, á súa vez, arrastra unha serie de asignacións de significados negativos ao corpo ao ser considerado a raíz do crime e o pecado. De aí que fagan aparición unha serie de formas para exercer o control sobre el (o dereito penal e o dereito canónico) e por outra banda, xurdan unha serie de discursos para lexitimar o seu control.

Hobbes, retomando as ideas de Descartes, utiliza como elemento central de definición do corpo a extensión cando di que “A palabra corpo, na súa acepción máis xeral, significa aquilo que enche e ocupa un determinado espazo ou lugar imaxinado, e que non depende da imaxinación, senón que é unha parte real do que chamamos Universo”(2012, p. 323). O universo, para o filósofo inglés, non é máis que a suma de todos os corpos. O corpo xa está definido como estrutura estritamente física dada dunha vez para sempre, que se mantén firme e inalterable durante toda a nosa vida. Composto de sustancias que funciona ca perfección dunha máquina.

Esta representación do corpo como unha máquina alcanza o seu cumio en 1747 ca publicación de *O home máquina* de La Mettrie. Nela, La Mettrie dende un punto de vista materialista, aínda que partindo das ideas cartesianas, dirá que non é necesaria a alma como principio explicativo dos procesos superiores do ser humano, senón que todo se pode explicar a través do funcionamento da máquina humana. La Mettrie dirá que “o corpo humano é unha máquina que monta os seus propios resortes, imaxe viva do movemento perpetuo”(1987, p. 44). La Mettrie usará de novo a metáfora do corpo humano como un reloxo, que xa usara Descartes na VI *Meditación metafísica* (1986); La Mettrie pensaba de Descartes que era o primeiro que demostrou perfectamente que os animais eran “puras máquinas”(1987, p. 104). O pensamento sería propiedade desa máquina que é o home e que se explica a partires das leis da natureza. A distribución e combinación dos fluídos e humores explicaría e determinaría o carácter das persoas. Estamos pois nos albores da determinación meramente biolóxica das persoas e dos seus comportamentos, os cales se explicarán a partir das teorías e interpretacións da ciencia médica.

5.3. A MEDICALIZACIÓN DO CORPO

O gran pulo ao proceso de medicalización do corpo producírase no século XVIII intre no que o corpo, vai ser obxecto de intentos de dominio para tornalo dócil. Se ata ese momento estase establecendo unha comprensión organicista do corpo, a partir deste momento será a medicina a que pase a situarse como a instancia que pode simbólicamente explicalo; e debido a isto será a profesión médica a que asuma a capacidade de curalo e ocuparse del. É o momento no que vai nacer a mirada médica, da que nos fala Foucault (2007b). O filósofo francés dinos nun dos seus textos que neste século prodúcese un proceso que ten dúas caras

Por unha banda, o desenvolvemento dun mercado médico baixo a forma de clientelas privadas, a extensión dunha rede formada por un persoal que ofrece intervencións medicamente cualificadas, o crecemento dunha demanda de coidados por parte dos individuos e das familias; e da outra, o xurdimento dunha medicina clínica fortemente centrada en torno ao exame, ao diagnóstico, á terapéutica individual á exaltación explicitamente moral e científica (secretamente económica) do “coloquio singular” (2010, p. 623).

A orixe deste proceso Foucault a centra no problema do corpo, é dicir, unha instancia que a partir de agora entra na esfera da política -da biopolítica, para seren máis exactos-, como un elemento a dominar e obxecto de xestión política. Para Foucault o corpo

Aparece como portador de novas variables: non xa simplemente corpos escasos ou numerosos, sometidos ou insumisos, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, fortes ou febles, senón tamén máis ou menos utilizables, máis ou menos susceptibles de inversións rendibles, dotados de maiores ou menores posibilidades de supervivencia, de morte ou enfermidade, máis ou menos capaces de aprendizaxe eficaz. Os trazos biolóxicos dunha poboación convértense así en elementos pertinentes para a xestión económica, e é necesario organizar en torno a eles un dispositivo que asegure o seu sometemento, e sobre todo o incremento constante da súa utilidade (2010, p. 628).

Segundo Foucault (2010), no século XVIII a medicina amplía o seu campo de acción facéndose cargo de aspectos que antes estaban máis alá das súas lindes. A profesión médica aséntase definitivamente como sé do saber sobre o corpo, co que iso implica na súa conversión en ferramenta de poder social. Aparecen tamén nesta época un dos principais instrumentos de medicalización masiva, é dicir, o hospital; xa que antes deste século só era unha institución de asistencia aos pobres, polo que o hospital era concibido coma un medio “de impedir a constitución dun foco de desorde económica e médica”(Foucault, 2010, p. 775). Ademais a propia aparición dos hospitais conleva a introdución de mecanismos de administración médica inexistentes anteriormente.

A medicina pasa así de ser unha práctica individual a ser unha práctica social, a cal cada vez deixa menos cousas fóra do seu control. Ao mesmo tempo, vai xurdindo a dimensión clínica do hospital, é dicir, o “hospital como lugar de formación e de transmisión do saber”(Foucault, 2010, p. 782). Esa dimensión clínica pivota sobre varios eixos, sendo un deles a superposición da enfermidade nos corpos, pero situando a sintomatoloxía nun xogo de relacións, subordinacións, divisións e similitudes, que chegan a escurecer e ocultar a presenza da persoa; de aí que “a mirada do médico non se dirixe inicialmente a ese corpo concreto, a ese conxunto visible, a esta plenitude positiva que está fronte a el, o enfermo; senón a intervalos de natureza, a lagoas e a distancias, onde aparecen como nun negativo”(Foucault, 2007b, p. 9).

Toda esta evolución a través de procesos sociais corre paralela ao desenvolvemento da anatomía como saber inscrito na medicina. A anatomía non asumiu unha maneira de proceder de tipo empirista ata o século XVII. Isto pódese atribuír, entre outras a unha serie de causas. Nos seus primeiros momentos as descrições do corpo baseábanse en diseccións feitas a animais e que se aplicaban ao corpo humano por comparación. Isto provocou que moitas das análises non se correspondesen coa realidade biolóxica do ser humano. Por outra banda, esta confusión agravábase polo feito de que se forzaba a realidade para que encaixara con hipóteses teóricas previas mantidas polos diferentes sistemas de pensamento. E, finalmente, ata o XVII primábase por riba de todo o principio de autoridade, é dicir, as descrições e as ideas expostas por Galeno non se podían poñer en tela de xuízo, eran asumidas como verdadeiras sen ningún tipo de cuestionamento.

Isto conduce a unha situación de asunción de “verdades” falsas sobre a anatomía humana. Mesmo unha persoa cun xeito de traballar tan apegado á experiencia como Leonardo da Vinci, sábese que tería acceso ilimitado á realización de necropsias a diferentes animais; pero en toda a súa vida o propio da Vinci escribiu nos seus cadernos que levou a cabo máis de 30 diseccións de

corpos humanos, tanto de homes como de mulleres (Clayton e Philo, 2011). Clayton e Philo argumentan que mesmo Leonardo tería as súas reticencias a recoñecer as diferenzas individuais entre os corpos das persoas ao considerar este como un “corpo divino”, creado divinamente con proporcións divinas” (Clayton e Philo, 2011, p. 13). O que provocaría que “moitas das observacións iniciais sobre anatomía de Leonardo baseábanse nunha mestura de crenzas tradicionais (e a miúdo antigas), disección animal, análises da proporción e mera especulación” (Clayton e Philo, 2011, p. 14). Esta sería a situación de moitos dos anatomistas da época: denunciados por realizar as diseccións, con dificultades para acceder aos cadáveres e proxectando os seus imaxinarios sobre os corpos aos que de cando en vez conseguían. Todo isto permitiu que fose máis doado a persistencia dos mitos que rodeaban o corpo da muller, xa que se descoñecido era o do home, o da muller atopábase aínda máis alá. De feito, o propio Leonardo cando el mesmo recoñece levar feitas máis de dez diseccións, fai un famoso debuxo da vulva dunha muller que aparece tremendamente dilatada. Un especialista no xenial pintor comenta que “unha representación dun aparato xenital feminino tan cavernoso que aínda no caso de que se tratara dunha muller que acabara de dar a luz, mesmo tras un parto múltiple, resultaría realista” (Nicoll, 2016, p. 472).

Como dirá un dos grandes anatomistas do século XIX e que dedicou 20 anos da súa vida á publicación dunha obra de anatomía ilustrada en oito tomos “Sen a anatomía, a fisioloxía non é máis que un tecido de fábulas máis ou menos inxeniosas, a cirurxía carece de guía e a medicina redúcese a un empirismo cego” (Bourguery e Jacob, 2015, p. 11). Pero, estes límites non impiden que Bourguery perda pé cando di que “Esperamos poder demostrar que o coñecemento do organismo debería servir de fundamento á moral, a lexislación e a economía política” (2015, p. 18). E de feito o fixo a través dos procesos vencellados á biopolítica segundo a entende Foucault.

Este proceso de medicalización, é dicir, de ampliación do dominio da medicina sobre o corpo tería varias orixes: a aparición de novas técnicas e instrumentos médicos: a introdución da anestesia, xeneralización do uso do microscopio descuberto no século XVII, a medición da tensión arterial, etc. (Faure, 2005). Faure (2005) plantexa que o diálogo que se producía antes entre médico e doente, pasa a agora e estar controlado polo médico que constrúe interrogatorios dirixidos á construción do diagnóstico concreto, é dicir, a persoa pasa de ser considerada na súa globalidade (un individuo con familia, un traballo, unha educación, etc.), a converterse en paciente (un individuo cun corpo enfermo, é dicir, que perdeu o seu equilibrio anterior). E isto implica o uso dun novo vocabulario propio da profesión médica e que coloniza o discurso profano sobre a enfermidade e o corpo (Faure, 2005).

Xorde pois unha representación do corpo como elemento orgánico que mostra os signos e síntomas da enfermidade, interpretados, iso si, sempre polo/a profesional da medicina que, en definitiva é a partir de agora o que ostenta a lexitimidade e o poder social para certificar cando alguén está enfermo, cando alguén debe ser ingresado nun hospital, cando alguén sofre dolor e debe ser medicado para aliviar o seu tormento ou cando alguén debe ser ingresado en contra da súa vontade nunha institución psiquiátrica...A partir deste momento encárnase na ciencia médica o poder social de asignar a determinadas persoas a “etiqueta” da enfermidade mental con todo o que iso significa: encerro, limitación de dereitos subxectivos ou sociais, o estigma, dificultades de relación cos outros, illamento, etc.

Así pois, segundo Conrad (2007) o proceso de medicalización caracterizaríase pola definición como situacións médicas do que en realidade serían problemas da vida (*life problems*). É dicir, condicións de índole persoal ou social que soen manifestarse a través de condutas que se etiquetan como alteradas, ou cando menos, fóra da normalidade; polo que necesitarían un diagnóstico e un tratamento médico. Como se apuntou, en palabras de Foucault (2010), a medicina traspasa os seus límites e da inicio ao seu proceso de colonización de terreos alleos.

5.4. A CONSTRUCCIÓN DO CORPO

A orixe da reflexión totalmente contemporánea ou posmoderna, polas posibilidades que abre, pódese situar na filosofía de Nietzsche. A partir da súa valoración do corpo, e da posta en solfa de toda a tradición que o precedía, abre a posibilidade dun novo enfoque no estudo do corpo. Nietzsche nega as análises feitas por outros pensadores, por exemplo Platón, ao deslexitimar o corpo como instancia da capacidade de xerar coñecemento, mesmo chega a dicir que a valoración tradicional do corpo feita por parte da filosofía o que se conseguiu, en realidade, foi acabar co centro de gravidade da vida (Nietzsche, 1990). Isto púidose levar a cabo cando se situou a alma como elemento prioritario, o que chegou a “arruinar o corpo” (Nietzsche, 1988b, p. 130) e creou “a moral da renuncia a si mesmo [que] é a moral da decadencia *par excellence*” (Nietzsche, 1988b, p. 130). Todo isto prodúcese sobre todo polo papel xogado polo cristianismo que desprezou o corpo e condenou ao esquecemento a metáfora dionisiaca do corpo como afirmación de vida (Nietzsche, 1989). De aí que o filósofo reclame a transvaloración feita ata entón do corpo, é dicir, a súa rehabilitación como obxecto de reflexión, devolvéndolle, asemade, o seu papel como centro de gravidade da vida.

A reflexión sobre o corpo produciría a castración da capacidade de autodeterminación do ser humano que Nietzsche reclama a través da vontade de poder, e a súa esixencia de fidelidade á terra que caracteriza e define ao superhome⁴² (*Übermensch*). Como di Jara “o asentamento da cultura no corpo alcanzouse ao longo de séculos dunha peculiar “domesticación” (1998, p. 70). O corpo empeza a aparecer como a instancia na que a sociedade proxecta os seus imaxinarios ata construílo ou reconstruílo, Jara segue interpretando que, en Nietzsche “é no corpo onde deixan as súas pegadas os acontecementos da historia experimentada polos pobos, as sociedades e o ser humano” (1998, p. 92).

Nietzsche establece unha serie de xogos entre diferentes dimensións ou significados que afectan ao corpo (ver táboa 22). Así este, a pesar de que poida parecer o máis visible e accesible, pode chegar a converterse no máis opaco, oculto tras o eu, o suxeito, a razón; chegando a adoptar, a nivel topolóxico, o lugar dun *detrás*, un *adentro*. Esta serie de significados poden situarse nunha serie de dicotomías que enfrontan ao corpo con estruturas ou significados alleos que, ao fin e ao cabo, permiten configurar e delimitar a propia definición do corpo. No seu momento Platón introducía na reflexión sobre o corpo unha clasificación dicotómica sobre o corpo que será recollida por Nietzsche, pero que este levará máis alá. Se Platón utilizaba o eixo corpo/alma para a súa asignación de significados Nietzsche muda o eixo cara un(corpo)/Outro. O outro é definido polo filósofo alemán a través de significados que nos sitúan máis alá, na exterioridade, é dicir, na marxinación, na posibilidade de valoración vencellada á moral. Só quedaba un paso máis a dar tras a introdución dos significados do imaxinario sexual do corpo; o que como se explicará na sección adicada ao imaxinario social do corpo sexuado introduce este tipo de significados no marco da distinción sexual establecida polo corpo das persoas. O corpo como criterio de asignación do sexo, que co tempo permitirá observar o organismo como lugar de encarnación do xénero, en parte, pola influencia das propias disciplinas que tratan e curan o corpo.

Táboa 22: Xogo de significados asignados ao corpo por Nietzsche

CORPO	O OUTRO
Dentro	Fóra
Suxeito	Obxecto
Interioridade	Exterioridade
Inmanencia	Transcendencia
Inconsciente	Consciente
Instintos	Razón

⁴²A pesar da polémica da tradución deste termo que levou a algúns tradutores a vertelo por: suprahome, sobrehome, transhome etc. mantense a tradución tradicional por superhome.

Orgánico	Inorgánico
Si mesmo	Eu
Gran saúde	Desprezo do corpo
Transvaloración dos valores	Moral xudeocristiá
Espíritos libres	Homes de rabaño

Pero o primeiro en expor explicitamente o estatuto do corpo como construción sociocultural, como avanzaba Nietzsche a través da influencia da moral xudeocristiá, foi Marcel Mauss. Mauss introduce o concepto de técnica corporal, definíndoa como “a forma en que os homes, sociedade por sociedade, fan uso do seu corpo nunha forma tradicional”(1971, p. 337). É o primeiro en avanzar que mediante a socialización un dos aspectos que se estruturan son as formas de movemento, reposo e uso do noso corpo.

Pero a grande ruptura epistemolóxica que permite a aparición do corpo como estrutura simbólica é a introducida por Husserl ao longo de todas as súas obras. Husserl utilizará dúas dimensións á hora de analizar o corpo. Estas dúas dimensións as distingue a través de dúas palabras diferentes: *Körper* e *Leib*. O *Körper* faría alusión á consideración física ou orgánica do corpo. Husserl dirá que “o corpo (*Körper*) é unha unidade sintética dunha pluralidade de estratos de “aparicións sensíbeis” de sentidos diferentes”(2014, p. 69). Sería pois a instancia que me permite constituír aos outros a partir da experiencia perceptiva dun corpo, entre outros corpos, e semellante a eles: cunha extensión, unha altura, un peso, etc. Pero, indo mais alá ese corpo, non é calquera corpo, nin sequera é como os demais. Este corpo é o meu corpo, móvese, é dicir, “o corpo en canto obxecto físico está suxeito a influencias físicas, ás cales liganse “consecuencias” psíquicas” (Husserl, 2014, p. 206). O corpo adquire a dimensión simbólica da miña vivencia, da miña corporalidade asumindo a categoría de *Leib*. É así que, como nos di Javier San Martín eu podo ver o corpo dos outros (*Körper*), pero non podo acceder “a súa vida subxectiva, os seus campos sensitivos (o seu *Leib*), as súas vivencias, a súa personalidade; con todo, sempre están todos eses aspectos implicados na percepción do seu corpo (*Körper*)”(1987, p. 96). O propio Husserl nas leccións impartidas no semestre de inverno do curso 1910-1911 poñía os fundamentos para establecer as diferenzas entre estas dúas dimensións corporais dicindo que

Mentres o *Körper* é o corpo como cousa física, o *Leib* é o corpo vivido desde dentro como “soporte de sensacións localizadas”, ou como “o mais orixinariamente meu”, “o que me é mais próximo” (...) ou mesmo como o que sempre está presente na percepción (...). Poderíamos dicir que mentres o *Leib* procura a encarnación mundana da subxectividade (...), o *Körper* incorpora dita subxectividade ao mundo fáctico e cósmico (1994, p. 209).

O corpo aparece como “centro da orientación⁴³” (Husserl, 2014, p. 97). Husserl (1986) dirá que nos atopamos cos outros, como seres corporais situados nun mundo que compartimos con eles. Ao mesmo tempo interpretámoslos coma suxeitos que experimentan ese mundo, sen deixar de estar sumidos na experiencia de min (pola experiencia que teño do meu propio corpo). Será un discípulo de Husserl, Merleau-Ponty (1993), o que dará un paso máis ao considerar que a relación entre o suxeito ou o eu, e o corpo non é de tipo topolóxico (eu estou diante ou estou no meu corpo), senón de tipo ontolóxico (eu son o meu corpo).

A concepción husserliana do corpo será transmitida a toda a escola fenomenolóxica; esta concrétese no estatuto ontolóxico do corpo pero influído polo *mundo da vida* será recollida, por autores que nalgún momento víronse influídos pola fenomenoloxía como son: Merleau-Ponty (1993), Heidegger (2013); e na esfera española Ortega y Gasset (2010), que nunhas conferencias dítadas en 1925, e posteriormente revisadas propón a noción de “intracopo”; e algúns dos seus discípulos coma Zubiri (2006).

⁴³Compárese esta expresión ca utilizada por Nietzsche cando falaba do corpo como centro de gravidade.

Esta idea será transmitida á teoría sociolóxica a través de Turner cando di que “Temos corpos, pero somos tamén, nun sentido específico, corpos; a nosa corporeidade é unha condición necesaria da nosa identificación social, de maneira que sería absurdo dicir “cheguei e trouxen o meu corpo comigo”(1989, p. 32). Turner reclama para a socioloxía o tema do corpo que el considera naquel momento colonizado polo imaxinario bioloxicista, considerando que o corpo é un asunto de especial importancia para a reflexión sociolóxica xa que na corporeidade, como di na última cita, estase xogando a identidade social dos individuos. Mesmo pódese dicir que, en realidade, Turner reclama a tematización do corpo feita desde a socioloxía xa que, segundo este sociólogo “o corpo na teoría sociolóxica tivo unha furtiva e secreta historia, máis ben que ningunha”(1989, p. 61). Pero Turner recoñece que o corpo na posmodernidade é un asunto de alta complexidade, xa que este preséntase ao mesmo tempo como “a cousa máis sólida, máis elusiva, ilusoria, concreta, metafórica, sempre presente e sempre distante: un sitio, un instrumento, un entorno, unha singularidade e unha multiplicidade”(1989, p. 33). Estas características e trazos, inicialmente paradoxais, explícanse a través dos procesos que afectaron ao corpo na contemporaneidade. Se na antigüidade ou na modernidade, o corpo considerábase unha entidade natural e que por ser tal era unha áncora á que aferrarse xa que, en principio, non variaría co tempo, na actualidade o corpo adquiriu o carácter dunha ficción culturalmente operativa e viva (Le Breton, 2002a). Isto quere dicir que o corpo insértase nunha trama de sentido e significado, o que permite a súa diversificación a través da aplicación das técnicas de modificación corporal, e o que é mais, incluso permitindo na actualidade a reconstrución corporal mesmo no sentido biolóxico (aumento de peito, alongamento de pernas para ser máis alto, cirurxía estética de todo tipo, cambio do nariz, mesmo para ter o nariz da actriz x ou a do actor y, etc.). Fronte ao corpo tradicional caracterizado polo seu carácter liminal, unificado, ininterrompido e que nos distingue ou exclúe do outro, aparece o corpo da posmodernidade caracterizado como un elemento de identidade individual, diversificado, interrompido e que pode funcionar como elemento de conexión cos outros (Le Breton, 2002a).

O corpo, desde este punto de vista, é unha estrutura especialmente permeable aos significados, podendo ser utilizado como instrumento para asegurar a orde social a través da súa construción mediante os distintos imaxinarios sociais. Le Breton (2002a) comenta que se se vota unha ollada superficial ao asunto do corpo na posmodernidade, o discurso sobre o mesmo pode parecer colonizado pola medicina e a bioloxía, pero ambas disciplinas manexarían un saber oficial de carácter formal ditaminado polas instancias académicas das universidades; e que viría a lexitimar as prácticas de ambas ciencias. Pero ese aparente monopolio estaría en constante disputa cos imaxinarios das tradicións populares, ou das chamadas medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía, medicina china, etc.). A isto se sumarían as terapias corporais (Gestalt, bioenerxía, etc.). O corpo, pois, “está no cruce de todas as instancias da cultura, é o punto de imputación por excelencia do campo simbólico”(Le Breton, 2002a, p. 32).

5.5. OS IMAXINARIOS SOCIAIS DO CORPO

Segundo Le Breton (2002a) nos anos 60 do século XX fai aparición un novo imaxinario das ciencias sociais; isto permitiría un distanciamento dos imaxinarios sociais que estaban orientando a corporalidade o que, á súa vez, abriu o camiño para unha reflexión máis explícita e sistemática sobre o corpo (Baudillard, Foucault, Elías, Bourdieu, Goffman, Douglas, Turner e Hall).

Dende os inicios da reflexión sobre o corpo por parte da socioloxía quedou claro que

Os escenarios sobre os cales se desprega a corporeidade son “escenarios simbólicos” e “imaxinativamente configurados”, que se manteñen nunha constante situación de “remisión a”; escenarios que, doutro lado, nunca chegan a poder concretarse de todo ao marxe do imaxinario colectivo dunha determinada época, cos simbolismos de tempo e de espazo que o artellan e lle dan vida (Duch e Mèlich, 2005, pp. 248-249).

É necesario polo dito, votar unha ollada ao corpo como “inesgotable reservorio do imaxinario social”(Le Breton, 2002a, p. 65). Xa que como sinala Muñiz (2010), o corpo permite a emerxencia dos imaxinarios que o rodean.

Ata aquí apuntáronse dous tipos de percepcións do corpo: o corpo como elemento orgánico e o corpo considerado como encarnación da sexualidade. Ambos tipos de percepcións virían orientados por dous imaxinarios que se tratarán nas seguintes seccións deste traballo. Nelas veranse como a consideración biolóxica do corpo é paralela ao proceso de medicalización do mesmo, o que, por outra banda, produce unha importante redución da complexidade do corpo que perde así as súas dimensións culturais, ideolóxicas, vitais, etc. E, tamén se exporá como o imaxinario sexual do corpo encobría ese reduccionismo -baseándose no imaxinario biolóxico-, ata ocultar totalmente a construción do sexo a través do xénero.

5.5.1. O imaxinario biolóxico do corpo

Gracia-Arnáiz sinala que “As actuais concepcións da comida e o corpo veñen determinadas por tres procesos: individualización, medicalización e mercantilización”(2010, p. 85).

Como se ven explicando ao longo deste capítulo, e como sinala Le Breton (2002a), o pensamento tradicional fixo da corporeidade a causa directa da condición social humana, é dicir, tratábase de “someter as diferenzas sociais e culturais á primacía do biolóxico (ou mellor dun imaxinario biolóxico), de naturalizar as desigualdades de condicións xustificándoas a través de observacións “científicas”(Le Breton, 2002a, p. 17). O destino do ser humano está inelutablemente marcado polo color da súa pel, o peso do seu cerebro, a súa xenética...aínda que máis alá destas consideracións prodúcense emanacións que evolucionan dende a dimensión física á dimensión moral, así que “O home non pode facer nada en contra desa “natureza” que o revela”(Le Breton, 2002a, p. 18).

Este tipo de imaxinarios funden as súas raíces nas ideas que desenvolve Darwin. El mesmo nos di que dende 1839 roldáballe a idea de que ata “os matices expresivos máis complexos e delicados debían de ter unha orixe gradual e natural”(2008, p. 113). Desta intuición orixinal, e tras levar a cabo unha investigación sobre a xestualidade infantil e na arte conclúe que “o mesmo estado de ánimo exprésase con notable uniformidade en todo o mundo, e este feito é unha proba da estreita similitude entre todas as razas do xénero humano en canto a estrutura corporal e disposición mental” (2009, p. 39). Sendo así, e considerando o corpo e a xestualidade humana como mera tradución física das emocións dos individuos, os xestos e as emocións terían carácter universal e innato debido á súa orixe biolóxica. Estas ideas serían recollidas, xa no século XX, por un dos máis senlleiros investigadores da comunicación non verbal: Paul Ekman. El mesmo tamén nos relata como ao principio da súa carreira investigadora partira da convicción de que

a expresión e o xesto eran factores socialmente aprendidos e culturalmente variables, unha convicción compartida por todas aquelas persoas de quen solicitei consello: Margaret Mead, Gregory Bateson, Edward Hall, Ray Bitdwhistell y Charles Osgood. Recordaba que Charles Darwin sostiña o contrario, pero o meu convencemento de que estaba nun erro era tan profundo, que nin me tomei a molestia en ler o seu libro (Ekman, 2013, p. 18).

Pero tras ler *A expresión das emocións* de Darwin (2009) as súas ideas dan un xiro copernicano que o conducen a convencerse da universalidade dunha serie de emocións básicas e dos xestos que as reproducen. A partir de aí, Ekman en 1978, diseña un instrumento para a análise das expresións faciais: o Sistema de codificación da actividade facial (FACS); que a partir de entón ven sendo utilizado pola CIA, o FBI e a ATF. Este sistema basearíase na idea de que, aínda que na actualidade a ciencia non conseguiu determinar os patróns de actividade cerebral que subxacen a cada emoción algún día podería chegar a facelo. En calquera caso este tipo de ideas apoian a nova teoría da comunicación humana (Watzlawick, Beavin e Jackson, 2006) que podería, á súa vez, servir de marco teórico que sosteña a idea de que o corpo comunica por si mesmo. O corpo fala. Ata o punto

de que, seguindo a Showalter (1995) poderíase falar do darwinismo psiquiátrico que defendería que a doenza mental deixa marcas no aspecto físico das persoas. Este tipo de ideas serían o punto de partida de Lombroso, que chegou a publicar un estudo fotográfico das facianas dalgunhas mulleres que cometeran algún crime.

Por outra banda, se temos en conta que unhas das principais características das sociedades contemporáneas como é a complexidade é negada a través da influencia do imaxinario social biolóxico do corpo o que remata por producir unha grande simplificación. Toda característica ou idiosincrasia do carácter, personalidade ou forma de ser dunha persoa, queda reducida a un simple produto do seu corpo (Breton, 2002a). Moi significativo deste tipo de posicionamentos é a presunta capacidade que no momento actual se lle asigna á neuroloxía como disciplina con capacidade para explicalo todo. Se noutros momentos foi a filosofía á que se lle asignaba esta omnipotencia, á que substituíu a física no seu trono, a neuroloxía é a pola da medicina que explica como o noso organismo dicta por que rimos así, por que comemos así ou por que somos xenerosos e non egoístas.

Heidegger, nunha serie de seminarios aos que deu inicio en setembro do 1959 na clínica da universidade de Zúric aos que asistían médicos e psiquiatras tematiza por primeira vez o corpo na súa obra. Nestes seminarios que se levaron a cabo durante dez anos, o filósofo alemán afronta as críticas que dende o ámbito francés se lle fixeran á ausencia do tema do corpo na súa obra. Segundo algún analista (Adrián, 2011) as formulacións de Heidegger serían similares ás de Merleau-Ponty. Pero máis alá das posibles coincidencias nas concepcións do corpo dos dous filósofos mencionados, Adrián sinala que “Os Seminarios de Zollikon teñen un propósito moi concreto: mostrar que a noción do corpo que manexan as ciencias médicas, aínda se move nas coordenadas cartesianas”(2011, p. 6). Heidegger retoma a diferenciación husserliana de *Körper* e *Leib*, e critica á ciencia a súa concepción do corpo (*Körper*) debido a que esquece a dimensión vivida e experimentada do mesmo e que permite interaccionar co mundo e cos outros, pero tamén excede os límites da pel que marca as lindes do corpo biolóxico.

Heidegger (2013) parte da idea de que a ciencia moderna para poder estudar a realidade debe converter as cousas en obxectos. A propia ciencia, segundo o filósofo de Messkirch, podería reducirse a un método. De aí que, se se considera a ciencia como método e este só pode manexar a obxectualidade obxectivada, a ciencia debe reducir as cousas a unha serie de dimensións (peso, medida, cor, etc.), que permiten o cálculo e enmarcándoas en relacións de causalidade. Heidegger dirá que así a ciencia esquece que o corpo é en cada caso, o meu corpo e está predeterminado polo meu modo de ser.

O corpo vivido (*Leib*) adquire a forma dun horizonte en constante mudanza e que vai máis alá da pel, elemento liminal do corpo biolóxico (*Körper*). Por outra banda o límite do corpo biolóxico (*Körper*) “xeralmente non cambia, ao moito ao engordar ou adelgazar”(Heidegger, 2013, p. 147). Para a continuación introducir unha precisión de alcance dado o obxecto desta investigación “A fraqueza tampouco é un fenómeno do corpo (*Körper*), senón do corpo (*Leib*). O corpo (*Leib*) enfraquecido pode ser naturalmente medido como corpo (*Körper*) respecto do seu peso. O volume do corpo (*Körper*) (o corpo (*Leib*) non ten volume) reduciuse”(Heidegger, 2013, pp. 147-148). A delgadez sería unha característica do corpo físico, un dos seus fenómenos, xa que o corpo vivido non ten volume. Isto permitiría situacións como a dunha persoa que pesase 30 quilos (*Körper*) e tivese unha imaxe e unha percepción do seu esquema corporal, que a levase a considerarse unha persoa á que lle sobran quilos (*Leib*).

A psicoloxía, segundo Heidegger (2013), estaría presa dunha concepción que obxectiva ao ser humano. Daquela,

Algo non-corporal (*Körper*)⁴⁴ é recoñecido. Ao mesmo tempo é determinado segundo o método do obxectivar corporal (*Körper*). O método da súa determinación non é creado a partir

⁴⁴ No orixinal en vez de Körper aparece [K]. Complétase o termo Körper para facilitar a comprensión da persoa lectora.

do “psíquico”, a partir do non-corporal (*Körper*) mesmo, senón que máis ben acontece sen determinación no horizonte da investigación da natureza, a única considerada como científica. A lexitimación da psicoloxía consiste en que ela recoñeceu algo non-corporal (*Körper*) e a súa limitación consiste en que quixo determinar isto co método de investigación corporal (*Körper*) da ciencia natural (Heidegger, 2013, p. 315).

A dimensión fisiolóxica daríanos un acceso a unha sensación sensorial, pero esta non nos abre o acceso ao outro, sería a dimensión fenomenolóxica a que nos permite abrírnos paso cara o seu *ser-no-mundo*, alcanzar a súa subxectividade máis alá da concepción mecanicista do corpo á maneira de Descartes. A materia que constitúe o corpo adquire a categoría de ámbito de significado que excede a súa consideración físico-química, proxectándose e adquirindo a categoría de estrutura que dota e permite a identidade da persoa. Este tipo de consideracións aparecen pronto na obra de Heidegger que nas leccións do curso 1936-37 na Universidade de Friburgo fainos un preciso resumo do explicado nos parágrafos precedentes

O corpo está de antemán contido no noso si-mesmo, de xeito tal que nos seus estados atrávesanos a nós mesmos por completo. Non “temos” un corpo como levamos unha navalla no peto; o corpo tampouco é simplemente un corpo físico que nos acompaña e do que constatamos, expresamente ou non, que está tamén alí diante. Non “temos” un corpo, senón que “somos” corporais (...). Non estamos en primeiro lugar “vivos” e despois temos un aparato chamado corpo, senón que vivimos [*leben*] na medida en que vivimos corporalmente [*leiben*]. Este vivir corporalmente é algo esencialmente diferente do mero estar suxeito a un organismo. A maioría do que sabemos do corpo e do correspondente vivir corporalmente nas ciencias naturais son comprobacións nas que o corpo foi previamente malinterpretado como mero corpo físico (Heidegger, 2002, pp. 102-103).

Deste xeito pódese pensar que tipo de tratamentos se queren levar a cabo coas persoas con TCA. Pódese querer tratar corpos (*Körper*), que están alterados por causas biolóxicas, ou pódese querer tratar corpos (*Leib*) que están alterados por causas vitais e inscritos no seu entorno social. Ou pódese considerar que somos corpos, pero corpos construídos simbolicamente. En calquera caso, decidámonos por unha ou outra alternativa, a consideración que teñamos dos TCA influirán no tipo de tratamento que se leven a cabo coas persoas afectadas por este tipo de trastornos; xa que como di a médica e especialista en medicina con perspectiva de xénero Carme Valls-Llobet “Non se pode separar a percepción da saúde, a sensación subxectiva de estar ben, de “non atoparse ben”, da cultura na que estamos inmersos”(2010, p. 37). Isto conduce a Valls-Llobet a defender a necesidade de incluír nas investigacións sanitarias a saúde percibida que esta autora define como “unha aproximación subxectiva ou un complexo entramado de condicionantes, con maior ou menor prioridade segundo cada momento vital”(Valls-Llobet, 2010, p. 41).

5.5.2. O imaxinario do corpo sexuado

Paralelamente ao proceso de medicalización do corpo, segundo o historiador Thomas Laqueur (1994), xurde un novo corpo sexuado. Laqueur (1994) aduce como razóns desta nova representación corporal:

- O crecemento da relixión evanxélica.
- A teoría política da Ilustración.
- A aparición de novos espazos públicos no século XVIII.
- A concepción de Locke do matrimonio coma un contrato.
- As posibilidades de cambio social tras a Revolución Francesa.
- O sistema fabril e a súa reestruturación da división sexual do traballo.
- O crecemento dunha economía libre de mercado.
- O nacemento das clases sociais.

Dende o punto de vista de Laqueur (1994) non só o xénero sería unha construción social como se ven defendendo dende que así o sinalase Simone de Beauvoir (2008), senón que tamén o sexo o sería. Xa que este historiador concibe a propia ciencia coma a instancia lexitimadora e racionalizadora das diferenzas sexuais existentes entre homes e mulleres, o que segundo el, orixina unha percepción social do corpo feminino como “problemático e inestable”(1994, p. 51).

Xa en 1935 Margaret Mead (1993, 1994) sinalou que o corpo sexuado de todas as culturas non coincidía, senón que algúns imaxinarios orientaban a construción social de algúns feitos biolóxico-sexuais.

Hoxe en día as teorías sobre a diferenza sexual existente entre homes e mulleres veñen de adquirir unha grande complexidade. Fronte a dicotomía tradicional de home-muller, na actualidade superpóñense outras, forzando o que se chama a heteronormatividade. Entran en xogo as diferentes orientacións sexuais, amplificadas polos novos fenómenos: heterosexualidade, homosexualidade (e as súas diferentes manifestacións: osos, *daddies*, *chubbies*, nutrias, lobos, etc.) bisexualidade, asexualidade, etc. E a isto sumárase a intersexualidade, o travestismo, a transexualidade, os distintos gustos sexuais: sadismo, masoquismo, sadomasoquismo, *furries*, os distintos fetichismos... E novas situacións ou configuracións como as novas masculinidades (Bacete, 2017; Carabí e Armengol, 2008; Kimmel, 1987, 2010; List, 2010). Neste contexto, como apunta Le Breton: “As calidades morais e físicas atribuídas ao home ou á muller deixan de ser inherentes aos atributos do corpo, pertencen á significación social que lles da e ás normas de comportamento que isto implica”(2002a, p. 72).

Distintos autores/as (Orbach, 1993; Toro, 2015; Turner, 1989) veñen defendendo que historicamente o corpo feminino adicóuselle máis atención que ao masculino. Aplicándosele ás mulleres patróns e canons máis esixentes que ao home. Moore (2004), como outros antropólogos/as, expón que en numerosas culturas a alimentación convértese nunha estrutura que marca e determina as relacións de xénero e a identidade sexual. Todo isto fai dicir a Toro que “Falar dos trastornos do comportamento alimentario, de anorexia e bulimia nerviosa, ou de persoas ou de grupos en risco de contraer tales trastornos é, en parte, sinónimo de referirse a certos feitos e características propios da muller”(Toro, 2015, p. 284). Toro (2015) fálanos dun canon de beleza de tipo *androxeizante* e que estaría plenamente asumido nas sociedades posmodernas occidentais na actualidade.

Debería recordarse que os intentos sobre o dominio do corpo feminino a través dos imaxinarios sociais do mesmo poderían retrotraerse case ata o principio dos tempos. En Atenas no período clásico o ideal da muller aristócrata consistía nunha muller que case non tiña oportunidades de saír da súa casa⁴⁵ (Barahona, 2006; Cartledge, 2004; Mossé, 1990; Murcia, 2007; Sennett, 2016), falando algunha autora de reclusión das mulleres (Pomeroy, 1987). A súa vida reducíase ao espazo doméstico, e á organización e xestión do mesmo; sendo unha das dimensións máis importantes dese “espazo” a adquisición e preparación dos alimentos, algo que ven formando parte do rol social feminino ao longo de toda a historia da humanidade dende a aparición dos cazadores-recolectores que xa establecían a división social do traballo asignando aos home a caza e a recolección ás mulleres, é dicir, a división social do traballo establecida en función do xénero. Neste senso Xenofonte, no *Económico*, dinos que “para a muller, en efecto, é máis honroso permanecer dentro da casa que estar de murmuración na porta”(trad. en 1993, p. 243). Xustificando a necesidade de que a muller permaneza recluída xa que a súa natureza sería máis apta para os labores do interior dos domicilios e a do home para os traballos de exterior; sería a propia divindade a que “dispuxo tamén o corpo e a mente do home puideran soportar mellor os fríos e a calor, as viaxes e as guerras, e en consecuencia impúxolle os traballos de fóra. En cambio, á muller, ao darlle un corpo menos capaz para estas fatigas, a divindade encomendoulle, paréceme a min, as faenas de dentro”(Xenofonte, trad. en 1993, pp. 241-242).

⁴⁵Dentro da literatura revisada só se atopou una negación da práctica reclusión das mulleres na Atenas clásica levada a cabo por unha filóloga (Hernández de la Fuente e López Melero, 2014; López Melero, 2010).

Na Idade Media a través do fenómeno do monacato, e mesmo das *anoréxicas santas* (Bell, 1985), así como de instrumentos como o cinto de castidade, procédese ao dominio da muller, mesmo no plano espacial e da súa intimidade persoal e sexual. Se ben sería necesario establecer unha diferenza na situación das mulleres segundo á súa pertenza aos diferentes estamentos sociais, xa que as mulleres das clases baixas estarían determinadas pola súa obriga a traballar para asegurar a súa subsistencia, mentres que as mulleres da nobreza ou aristocracia podían acceder a postos que implicasen un certo poder social como o de abadesa dun mosteiro ou raíña. Así imaxinarios sociais como os do amor cortés só afectaron as relacións sentimentais establecidas por parte dos membros da nobreza ou aristocracia.

Este tipo de imaxinarios ligados á muller cinguida ao espazo privado pode semellar moi lonxano ao momento actual pero en realidade non o está. A reivindicación do espazo público para as mulleres segue sendo unha das principais reivindicacións do movemento feminista e da teoría *Queer* (Butler, 2017; Hernández Sandoica, 2016). A visibilización das aportacións das mulleres á vida pública seguen a ser un asunto sometido a obstáculos e fenómenos como o *Teito de cristal*, a infrarepresentación nas esferas de poder da sociedade, a dificultade das mulleres para acceder ao mundo da ciencia, etc. Como exemplo, máis ou menos cercano, introducir unha cita do intelectual galego Manuel Murguía na que di que a muller “como a violeta, tanto máis escondida vive, tanto é mellor o perfume que exhala. A muller debe ser sen feitos e sen biografía, pois sempre hai nela algo que non debe tocarse. Limitada á súa acción ao círculo da vida doméstica, todo o santifica desde que entra no seu fogar”(2004, p. 131).

Queda claro deste xeito que o imaxinario social do corpo sexuado orienta percepcións que sitúan ás mulleres en posicións e roles sociais distintos dos dos homes abrindo a porta á posibilidade de que as enfermidades lles afecten máis como ocorre claramente na prevalencia dos TCA.

5.6. O CORPO E OS TCA

Nesta sección verase como o corpo variou de significación en relación aos TCA. A partir das aportacións do movemento feminista e da teoría *Queer* (Butler, 2016; Chernin, 1994; MacSween, 1996; Orbach, 1993) o corpo pasou a ser considerado un elemento identitario da persoa. Se isto é así o papel do corpo nos TCA complicase moito xa que

As identidades non son construcións simplistas, senón complexas,, e asimilar a propia identidade só a un territorio, a un xénero ou a unha patria fai que se pretenda cubrir o complexo cun estereotipo simple. Ser muller ou ser home refírenos case sempre a modelos imaxinarios, que cada quen desenvolveu no seu interior, en función dos modelos, conversacións ou relacións que estableceu no mundo familiar, escolar, e actualmente no mundo audiovisual e virtual (Valls-Llobet, 2010, p. 49).

Orbach (1993) sinala que no caso das mulleres, estas mostran un nivel moi alto de inseguridade respecto ao corpo debido ao alto nivel de contradición que mostran os significados e imaxes que os regulan, noutras palabras o alto nivel de complexidade e de contradición que caracterizaría aos imaxinarios sociais que orientan a percepción social do corpo (ver táboa 23). A partir de aí distínguense determinados procesos que poderían influír en que se desaten os trastornos da conduta alimentaria; en concreto serían procesos que afectarían á constitución da identidade das persoas: a centralidade da relación nai-filla, os procesos de diferenciación respecto á sociedade e aos demais, o corpo como solución ao problema existencial xerado polo *ser-no-mundo*. En definitiva, unha consideración da identidade feminina como problema nas sociedades posmodernas cuxa solución búscase a partir dos procesos de construción e reconstrución do corpo. Ideas que intersectarían con determinadas teorías sociolóxicas contemporáneas (Le Breton, 2002a, 2002b; Lipovetsky, 2007).

Táboa 23: Dicotomías resaltadas no corpo polo feminismo

CORPO	O OUTRO
Un	Outro
Identidade	Non-ser
Eu	Non eu
Interno	Externo
Límite	Exclusión
Normatividade	Abxección
Natureza	Cultura
Sexo	Xénero
Si mesmo	Eu

Esa idea do corpo como elemento identitario pódese basear nunha idea do xénero como performativo (Butler, 2016). Este é un concepto moi próximo ao de *habitus* de Bourdieu⁴⁶, do que o sociólogo francés afirma que “asegura a presenza activa das experiencias pasadas que, rexistradas en cada organismo baixo a forma de esquemas de percepción, de pensamentos e de acción, tenden (...) a garantir a conformidade das prácticas e a súa constancia no tempo”(2008, pp. 88-89). Dito doutro xeito: as prácticas incorpóranse no noso organismo tomando o aspecto de “producións que producen o efecto do natural, o orixinal e o inevitable”(2016, p. 37). Fronte a isto movémonos, segundo Butler, nas augas da fluidez das identidades, xa que o xénero non sería máis que o conxunto de significados que as persoas aceptan a través do corpo delimitado e definido sexualmente, o que a filósofa norteamericana chama o “corpo sexuado”(2016, p. 54). Chegamos así a unha definición do corpo como unha estrutura permeable aos significados culturais determinados politicamente e que se *incorporan* mediante os actos performativos convertendo o xénero nun “*estilo corporal*”⁴⁷(Butler, 2016, p. 271). Todo isto determina que esa performatividade, segundo a propia autora, asume significados de tipo “continxente e dramático”(Ibid., p. 271). Si Beauvoir (2008) asignara na súa época significados de tipo positivo ao feito de que o corpo se convertera nunha fonte de liberdade e posibilidades, Butler (2016) asume esa liberdade como unha pesada carga, xa que os propios límites do corpo convértese en opcións persoais que demarcan a través da súa elasticidade o que somos, a nosa identidade. Atopámonos fronte ao medo á liberdade que postulara Fromm (1993), esa angustia determina o eu como o recollido dentro dos límites do noso corpo; e o non-eu o outro, como aquilo que excede os límites do mesmo, o que está máis alá, mesmo do ser.

Butler finalmente acláranos que:

Sendo *discursivo* á vez que *perceptual*, o “sexo” denota un réxime epistémico historicamente continxente, unha linguaxe que crea a percepción ao estruturar á forza as interrelacións mediante as cales advírtense os corpos físicos.

Hai un corpo “físico” anterior ao corpo perceptual percibido? Esta é unha cuestión imposible decidir⁴⁸ (2016, p. 230).

Por outra banda, Gracia-Arnáiz (2015) ven defendendo que as abordaxes dos trastornos da conduta alimentaria veñen adolecendo dende fai tempo dunha forte medicalización (fronte aos acercamentos sociais ou culturais a estas temáticas), que provoca á súa vez, un empobrecemento e homoxeneización das interpretacións; É dicir, a aplicación de miradas reducionistas para explicar fenómenos complexos.

Esta mesma autora sinala que soe ser máis ou menos habitual a consideración dos costumes alimentarios como elementos moi influenciados polos nosos esquemas socioculturais (Gracia-

⁴⁶A propia Butler reconece esta cercanía e a súa débeda ca noción de *habitus*, aínda que “nembargantes, Bourdieu fracasa á hora de explicar como esa parte corporal da fala perturba as mesmas normas que o regulan e resiste a elas. Ademais, propón unha explicación da performatividade do discurso político que non ten en conta a performatividade tácita da “fala” corporal, a performatividade do *habitus*”(Butler, 2004, p. 232).

⁴⁷En cursiva no orixinal.

⁴⁸A cursiva atópase no orixinal.

Arnáiz, 2015). Na tradición sociolóxica podemos atopar abundantes exemplos da determinación dos nosos costumes alimentarios por parte da sociedade (Bourdieu, 2016; Elías, 2016; Veblen, 2002). Mesmo tense tratado a alimentación polo uso como método de diferenciación e como elemento que favoreza o ascenso social (Bourdieu, 2016).

Pero, segundo Gracia-Arnáiz (2015), ás veces, non somos conscientes de que tamén o xaxún e as prácticas que o rodean, poden vir determinadas polos significados sociais que o sosteñen ou envolven. Así no mundo grego clásico que se baseaba en grande medida na *areté*⁴⁹ da moderación ou a temperanza, a alimentación adoitábase facer a través de tres comidas diarias e temos o caso de Heracles que é famoso por facer gala dun alto nivel de *hybris*, en concreto, no tocante á alimentación e á súa desmedida luxuria (Rachet, 1995). Xenofonte, no *Económico*, dinos que considera a educación das persoas para evitar a gula como “o máis importante na educación do home e da muller”(trad. en 1993, p. 239). Na Idade Media, como se explicou, vincularase o xaxún a procesos purificadores de carácter místico e acercamento á divindade. E atopamos o xaxún institucionalizado socialmente en momentos como as Tesmoforias⁵⁰, a Coresma, o Ramadán ou o Yom Kippur; xunto a prácticas de xaxún cargadas de significados de protesta ou reivindicación como as folgas de fame.

Hai que ter en conta que a perspectiva de xénero pódese usar mesmo para interpretar o xaxún. Historicamente, o xaxún feminino fronte ao masculino, utilizouse con tres finalidades (Gracia-Arnáiz, 2015): para regular os recursos económicos das sociedades; como instrumento de socialización dos individuos e como ferramenta para exercer o control social. Neste sentido podería haber quen deixase de comer para poder controlar a evolución do ciclo vital, é dicir, intentando evitar o xurdimento das marcas típicas da feminidade no seu corpo. Esta última finalidade tense utilizado en moitas ocasións para interpretar como un factor a ter en conta en relación á orixe dos TCA.

Así historicamente prodúcese unha evolución no significado asignado á alimentación dende a consideración da dieta como unha cuestión ética, á alimentación como asunto relixioso que se impón na Idade Media. É dicir, pasouse do equilibrio garantido pola moderación (ética), á austeridade como precepto (deber relixioso) imposto pola divindade e que conduce ao xaxún (Coveney, 2006).

García-Sabell (1966) fai nunha das súas obras unha interpretación do fenómeno da fame dende o punto de vista galego. Á altura de 1966 este autor expón a abundancia de persoas en Galicia que padecían distrofia debido a unha alimentación inadecuada. Pero, advirte que a fame levaba aparelados toda unha serie de significados asignados culturalmente, situando na cerna das significacións a caracterización do ser humano como un animal omnívoro; cuxos costumes alimentarios veñen definidos pola cultura e a sociedade na que vivimos. O intelectual do que vimos falando definiu o estatuto da alimentación en Galicia como unha “manía” que nos fai falar continuamente de comida, convertendo esta nun “rito complicado, exuberante e barroco”(García-Sabell, 1966, p. 84). Concluindo que os tempos de fame pasados en Galicia fixeron que a alimentación adquirise co tempo a categoría dunha obsesión ca que intentaríamos borrar a memoria dos antigos tempos de penuria alimentaria. Esta interpretación adquire interesantes resonancias se a observamos dende o punto de vista dos TCA, xa que introduce a posibilidade dunha comprensión antropolóxica dalgún aspecto relevante para este tipo de enfermidades no contexto da realidade galega e que, na actual crise socioeconómica encaixaría ca categoría dos corpos precarios que se ven definindo a partir da diferenciación establecida por Butler entre *precarity* e *precariousness*, é dicir, entre a vulnerabilidade ontolóxica do ser humano como ser aberto e que nace incompleto, e a

⁴⁹O termo *areté* soe traducirse por virtude ou excelencia. Debido á forte carga de significado que o cristianismo introduzo na palabra virtude e ao corto campo semántico da excelencia, prefírese deixar a verba orixinal sen traducir, como se fará con outros termos ao longo deste traballo.

⁵⁰A festa das Tesmoforias era celebrada na Grecia clásica en honra a Deméter e na que os homes non podían participar nas cerimonias e eran separados das súas donas, mentres que no segundo día das festas as mulleres practicaban o xaxún conmemorando a morte de Perséfone (Detienne, 2010).

precaridade que impón a vulnerabilidade das circunstancias (Butler, 2006; Sancho, 2011; Seveso e Vergara, 2012; Trufó e Sanjurjo, 2010).

A consideración do corpo como elemento crucial nos trastornos da conduta alimentaria ven presidida pola tríade: saúde, beleza, perfección (Muñiz, 2010). O corpo é considerado unha ferramenta clave para alcanzar a saúde. Pero ao longo da historia, a saúde como significado asignouse a un corpo con certa corpulencia. En épocas de escaseza de alimentos cando non de fame, un corpo con certo nivel de graxa era signo de certa riqueza, e por ende, de certo nivel social. Só é no século XVIII cando empezan a aparecer elementos que conducen de maneira inexorable á imaxe do corpo no século XX, sobre todo despois da Segunda Guerra Mundial cando cristaliza o proceso de cambio do ideal de beleza (Toro, 2015). A partir de entón “coidar do seu corpo” significa “estar delgada”. Por tanto, quen non está delgado non coida o seu corpo, non da boa imaxe”(Toro, 2015, p. 244). Desta maneira ábrese a porta ás valoracións morais, xa que alguén que teña sobrepeso ou obesidade é porque non quere coidar o seu corpo é entón alguén: descoidado, preguiñoso, vago, etc. É dicir, “a sociedade prepara e alenta aos individuos para procurarse un corpo que ostente xuventude, delgadez e sensualidade; en tanto que debemos rexeitar o corpo decadente, envellecido ou discapacitado”(Muñiz, 2010, p. 59). Se antes a delgadez era signo de enfermidade e pobreza (Gracia-Arnáiz, 2010) na posmodernidade pasa a selo de éxito social, de saúde, de virtude moral, etc. A delgadez como elemento que presta a súa axuda no proceso de configuración dunha identidade baseada e construída sobre o corpo a partir da proxección dos imaxinarios sociais e as representacións culturais do momento e do lugar onde nos desenvolvemos. Unha identidade polimorfa, descentrada, cambiante...que mudamos como cambiamos de marca de xampú e, como no caso deste, ofrécenos toda unha plétora de opcións na construción da masculinidade ou feminidade dos nosos corpos.

Na sociedade do espectáculo (Debord, 2015), teledirixida (Sartori, 2012) e pantallizada (Esquirol, 2016), non debería sorprendernos a constitución da muller como obxecto. Obxecto de contemplación construído polos medios de comunicación de masas e as redes sociais, que exercen de instancias xeradoras dos novos imaxinarios e representacións sociais. O problema xurde cando se fixan uns canons inalcanzables, u-tópicos, situados máis alá da perfección. Todo isto pode provocar que o desexo de convertermos nesa imaxe que utilizamos coma *telos* da nosa acción vital ou do noso proxecto vital, faga aparecer a patoloxía ou a enfermidade construída sobre os discursos hexemónicos hoxe en día das chamadas disciplinas psy. Algunha psicoterapeuta chega a dicir que é consustancial á psicoloxía da muller unha sensación de malestar provocado polo seu corpo, mencionando que en determinados procesos terapéuticos algunhas mulleres lle falan dos seus desexos de que o seu corpo se desvanecese ou da posibilidade de vivir sen ningún corpo en absoluto (Orbach, 1993).

Neste capítulo explicouse como se levou a cabo a construción do corpo. Esta evolución produciríase a través, sobre todo, de dous procesos: un proceso de secularización que vai excluindo valores vencellados ao sagrado, e un proceso de medicalización que vai a permitir que a consideración do corpo como un elemento biolóxico de entrada á ciencia médica como instancia social reguladora dos corpos.

Pero como os imaxinarios sociais non teñen por que se coherentes entre sí (ver capítulo 2), sendo así, fronte ao imaxinario biolóxico do corpo xorde o imaxinario sexual do mesmo. Este vai aumentar a riqueza de significados asignados ao corpo na posmodernidade, converténdoo nun dos principais elementos xeradores de identidade nas persoas e abrindo a porta, así á consideración do corpo como causa dos TCA e que afecte especialmente ás mulleres.

Agora ben, se o corpo e a identidade persoal sitúanse como elementos esenciais na percepción dos TCA xorde a pregunta de si os medios de comunicación xogan algún papel na relación entre ambos elementos e cal será esa relación. A dar resposta á devandita pregunta será ao que se adique o seguinte capítulo deste traballo.

CAPÍTULO 6

O PAPEL DOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

O que sabemos sobre a sociedade e aínda o que sabemos sobre o mundo, o advertimos a través dos medios de comunicación para as masas (...). En terminoloxía kantiana: os medios de masas crean unha ilusión transcendental. Entendéndoo deste xeito, o quefacer dos *media* xa non se verá simplemente como secuencia de *operacións*, senón como secuencia de *observacións* (...). Consecuentemente vense obrigados a construír realidade e, a dicir verdade, a construír unha realidade distinta fronte á súa propia realidade⁵¹.

Niklas Luhmann (2000)

Neste capítulo, como se avanzou, vaise profundar no papel dos medios de comunicación en relación aos TCA. O estudo dese papel require establecer unha serie de precisións conceptuais entre a realidade, a percepción e a imaxe. Mostrarase a posible influencia que poden ter os medios de comunicación na imaxe que temos de nós mesmos e/ou dos demais. Xa que, neste sentido, os medios, como diría Luhmann (2000) poden asumir o papel de instrumentos de creación da realidade. A súa influencia afectará tanto aos profesionais como ás persoas que podan sufrir un TCA.

6.1. PERCEPCIÓN, IMAXE E REALIDADE

O concepto de imaxe corporal é un concepto evanescente e tremendamente complexo. En principio teríamos o noso corpo (corpo-objeto). A el sumaríase a autopercepción que del podamos ter (corpo-suxeito). Agora ben, este último abriríase á necesidade de establecer varias precisións: en primeiro lugar o corpo-objeto non ten por que coincidir coa percepción que del teña cada persoa. Ademais a autopercepción está influída polo universo simbólico: os imaxinarios sociais e o canon de beleza..., é dicir, polas influencias sociais abstractas. A isto habería que sumar que o corpo, e a imaxe vesen influídos polas relacións e intercambios sociais que estableza cada persoa. Por outra banda, a propia posición, rol e status social poden incidir no corpo e na imaxe que del se faga cada individuo. Así, por exemplo, nos resultados desta investigación os propios profesionais vencellan unha imaxe dun corpo delgado ao éxito social desa persoa (ver capítulo 17). E, finalmente, a percepción tería a súa dimensión individual na que terían o seu papel: a autoestima, as actitudes, crenzas, opinións, prexuízos, etc.

⁵¹ A cursiva atópase no orixinal.

Táboa 24: Componentes da imaxe corporal

Perceptivos:	Afectivos:	Cognitivos	Condutuais
Abranguirían dende o substrato biolóxico que permite a percepción, a orientación que poda establecer o imaxinario social ata o canon de beleza. Todas as dimensións terían á súa importancia xa que algunha investigación xa demostrou que nas persoas cegas de nacemento dase un nivel de insatisfacción en relación á súa imaxe de menor nivel, así como menos síntomas relativos á súa conduta alimentaria (Ashikali e Dittmar, 2010).	A imaxe corporal está intimamente unida ás emocións. Por exemplo, no caso de mulleres con TCA despois de comer determinados alimentos inmediatamente facían aparición determinados pensamentos sobre o seu peso ou figura, e emocións (vergoña, asco, sentirse gordas, etc.) (Haedt-Matta, Zaltab, Forbush e Keel, 2012). No caso dos homes parece vincularse a preocupación pola imaxe a: hábitos de tipo sedentario, a preocupación pola musculación corporal e o esforzo feito para perder peso (Borkoles, Polman e Levy, 2010).	En psicoloxía usan a noción de esquema como noción mediadora. Poden definirse como “Asuncións ou crenzas sobre a importancia e influencia que ten a aparencia corporal”(Rodríguez Testal e Senín, 2013, p. 33). Estarían constituídos por información non correcta ou sesgada que se activan de xeito reactivo a influencias externas.	Toda conduta levada a cabo por alguén inflúe na súa imaxe corporal.

Fonte: Adaptado de Rodríguez Testal, J. F. e Senín, M. C. (2013). Introducción. En J. F. Rodríguez Testal (Coord.). *Alteraciones de la imagen corporal* (pp. 17-56). Madrid: Síntesis.

Raich, dende o ámbito da psicoloxía define a imaxe corporal como “a representación do corpo que cada individuo constrúe na súa mente”(2000, p. 23). Aínda que esta definición é en exceso simplificadora do que pretende definir. Quizais responde máis axustadamente dos límites deste concepto o que mencionan Rodríguez Testal e Senín cando din que “A imaxe corporal é unha representación mental complexa (co seu correlato e organización neural), multifacética, estable, aínda que en constante actualización acerca do noso corpo e a súa experiencia emocional”(2013, p. 18). Dentro da imaxe corporal así definida pódense distinguir catro tipo de componentes (ver táboa 24). Aínda que tamén esta pode adoeecer de ser demasiado individualista e reconcentrada no eu, deixando de lado a condición social do ser humano. Máis neste caso concreto da imaxe e o corpo, xa que como se viu en capítulos anteriores, este vese construído e reconstruído por influencia do imaxinario social e cultural de cada momento e lugar.

Os límites entre a influencia da imaxe e os TCA son difusos, xa que máis alá desta distinción estarían os trastornos de alteración da imaxe corporal. Berrios precisa que: “a aparición en escena dos trastornos alimentarios aportou un grupo considerable de doentes dos que se di que están padecendo “trastorno dismórfico corporal” (de feito algúns consideran que este é o síntoma central)”(Berrios, 2013, p. 353). En calquera caso, este autor considera que o punto de interacción entre ambos tipos de trastornos atoparíase na categoría das “actitudes patolóxicas cara si mesmo” (Berrios, 2013, p. 353).

En xeral, pódese dicir que a investigación asume un nivel de insatisfacción coa imaxe do corpo que rolda o 50% (Cash, 2002; Rodríguez Testal e Senín, 2013; Tiggermann, 2011). Este nivel de insatisfacción é tal alto, que Rodin, Silberstein e Striegel-Moore (1984) estableceron a categoría de *descontento normativo*. É dicir, distínguese un fenómeno subclínico -e polo tanto, non patolóxico-, no que a situación xeral da poboación coincidiría ca insatisfacción cara o propio corpo, dito doutro xeito, o normal é que non nos guste o noso corpo. Como loitar contra ese mito da beleza que se ten asentado na sociedade occidental e que se expande á velocidade da pólvora, subida ás costas da globalización e homoxeneización das pautas culturais das sociedades occidentais “avanzadas” e non caer nas redes dese mito que segundo algunha autora (Wolf, 2002) desempodera ás mulleres volvendo problemática á súa propia imaxe?

A insatisfacción no caso das mulleres centraríase máis no seu peso e as conduciría a intentar reducir este mediante intentos de perda de peso, xa sexa deixar de comer ou o uso de técnicas purgativas. Mentres que no caso dos homes a insatisfacción focalizaríase máis na forma e contorno (imaxe) do corpo que no seu peso; tomando medidas como a realización excesiva de exercicio físico, o intento de aumento da masa muscular a través do uso de esteroides (aínda que sen perder a esbeltez da figura), preferindo prácticas como a dos vómitos fronte ao uso de laxantes ou diuréticos (Rodríguez Testal e Senín, 2013). En España unha investigación feita polo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) conclúe que case o 16% dos adolescentes, independentemente do seu sexo, están facendo algún tipo de dieta. E do resto de persoas enquisadas que non están facendo dieta o 21% pensaría que a pesar de que non a están a facer si deberían perder peso.

No caso desta investigación daríase unha dobre aplicación do principio da observación de segundo orde, no referente ao corpo e a a imaxe, xa que:

- Por unha banda, como di Raich (2000) o eu (*self*) incorporado no corpo é o que percibe, pero ao mesmo tempo forma parte do suxeito perceptor. A autoobservación veríase dificultada pola falta de distancia entre a estrutura que coñece e o obxecto. Suxeito e obxecto confundiríanse ao estar fundidos o un co outro.
- Por outra banda, atopámonos no caso deste traballo ca particularidade de que ao estar o obxecto (suxeito) desta investigación na percepción dos/das profesionais teríamos un xogo de espellos no que eu investigador observo (meu corpo e meu eu) a un profesional (o seu corpo e o seu eu), que á súa vez, observa un paciente/usuario (o seu corpo e o seu eu). Ao que habería que engadir as interaccións que se van a dar entre todos eles, e as influencias que se poidan producir por parte do universo simbólico que todos/as compartimos. Considerando ademais a retroalimentación entre os distintos/as participantes así como entre os elementos mencionados.

Disto pódese concluír que no caso dos TCA -tanto nos/as doentes, como nos/nas profesionais-, inflúen o corpo, a imaxe corporal (o esquema que del nos formamos), a percepción social, os imaxinarios, os medios de comunicación e o canon de beleza que impere en cada momento. Pero podémonos preguntar si estes elementos inflúen de distinto xeito no home e na muller. Así pois adicarase á influencia da imaxe con perspectiva de xénero a seguinte sección deste traballo.

6.1.1. A imaxe, o tempo e o espazo: o caso dos sexos

En relación á imaxe é moi importante considerar que a imaxe prototípica, orientada polo imaxinario ao longo da historia para os homes e as mulleres, non coincide. Vernant (1985) advirte de como en Grecia a estruturación da imaxe dos homes e mulleres víase influída pola mitoloxía e acaba por determinar a ligazón da muller ao espazo doméstico, reservándose o espazo público, da ágora e a polis á acción masculina. O autor francés interpreta un conxunto escultórico de Pausanias no que o escultor grego asocia os deuses por parellas, unindo a Hestia e Hermes –dous deuses que, en principio, non estarían unidos no panteón tradicional grego. Vernant (1985) atribúe a devandita asociación ao feito de que Hestia representaría á deusa do fogar, e por asociación de significados ao inmóbil, ao que non cambia. Mentres que Hermes é o deus protector dos viaxeiros, representante do que muda con rapidez, do inestable, o deus do exterior. A muller quedaría vinculada ao interior dos domicilios, a quedar inmóbil e non mudar co tempo. O home sería o que sería vencellado ao exterior da vivenda, ao espazo público, mesmo político de representación e defensa dos dereitos propios e alleos. Este vínculo da muller ao espazo privado e do home ao público converterase co tempo nun dos principais cabalos de batalla do feminismo ata alcanzar a actualidade. Así Galán, na súa tese de doutoramento sinala que

as investigacións realizadas no campo da publicidade [as mulleres] seguen sendo representadas baixo os mesmos tópicos e estereotipos acociados, a miúdo, ao mundo das emocións, a pasividade, a maternidade e a sexualidade, en contornos privados ou íntimos como o fogar, mentres que aos homes se lles seguiu outorgando, dun xeito maioritario, atributos como o raciocinio, o liderado e a acción, ubicándoos, normalmente, en ámbitos públicos (2007, p. 15).

E de novo, como no caso do corpo atopamos a imaxe afectada por imaxinarios e estereotipos que abren unha fenda entre o home e a muller, e que, por outra banda, afectan tanto aos doentes de TCA como aos profesionais que os tratan.

Miguel Requena (2016) analizando o texto de Vernant do que se ven falando argumenta que se estableceu un modelo dicotómico de significados cara ás mulleres, coas súas correspondentes transgresións. Requena (2016) leva un pouco máis alá o argumento e indica que a panoplia de significados complétase asignando ao sexo feminino a característica da pasividade e ao masculino o de actividade (ver táboa 25). Ata o punto de converterse en elementos esenciais da diferenciación sexual, aínda máis que a orientación sexual. Así, en Grecia censurábase ao home homosexual que asumía o rol pasivo, así como ás mulleres gais que asumían o activo, xa que contraviñan a estrutura fundamental da identidade de xénero do momento.

Táboa 25: Modelos de significados asignados á muller na Grecia clásica

Modelos positivos	Modelos negativos
Virxe: inmutabilidade	Putas: mobilidade no espazo
Nai: estabilidade no eixo espazo/tempo	Muller estéril: mobilidade no tempo

Fonte: Adaptado de: Requena, M. (2016). De Hestia a Claudia Schiffer. La mujer inmóvil. En E. Alba, B. Ginés e L. Pérez Ochando (Eds). *De-construyendo identidades. La imagen de la mujer desde la modernidad* (pp. 75-92). Universitat de València.

En calquera caso, este tipo de análise dos prototipos femininos a partir de canons como o da Virxe, Puta, Nai...percorre toda a literatura actual de análise da imaxe da muller (Gil Calvo, 2000; Hepworth, 1999; Ussher, 1991).

Neste sentido, algunha investigación feita sobre a imaxe feminina no cinema e nos videoxogos, se seguen utilizando patróns protípicos que vinculan á muller ca pasividade (ver táboa 26).

Táboa 26: Estereotipos da imaxe feminina nos videoxogos e no cinema

Estereotipo	Descrición
A “madama no conxelador”	A muller como eterna vítima do asasinato, que dado que non foi protexida carga a lousa da vinganza sobre os ombros do personaxe masculino, interpretado como un activo heroe vingador da súa amada.
A “madama eutanasiada”	Neste caso a muller non só morre senón que o fai a mans da súa parella en aras do beneficio deste. Dase pois unha xustificación da violencia sobre a propia parella.
A “madama en apuros”	A muller incapaz de coidarse por si mesma, necesitada de axuda debido a verse acosada por determinadas circunstancias ou determinadas persoas das que non pode zafarse. Por suposto, todo isto supón que debe aparecer un home que asuma o rol de salvador-activo e faga o propio pola rapaza en cuestión.

Fonte: Adaptado de Tur, D. (2016). La evolución de la imagen de la mujer en los videojuegos. En E. Alba, B. Ginés e L. Pérez Ochando (Eds). *De-construyendo identidades. La imagen de la mujer desde la modernidad* (pp. 301-320). Universitat de València.

Galán (2007) na súa investigación sobre dúas series de ficción emitidas na televisión en España conclúe que a imaxe feminina ofrecida corresponderíase ca dunha muller de entre vintecinco e

cinquenta anos e de nacionalidade española. Sinalando que se pode atribuír a estas personaxes o feito de estar afectadas por unha “obsesión pola beleza”(Galán, 2007, p. 122).

Todo isto provoca a obxectivación da imaxe feminina que xa foi definida pola filósofa Martha Nussbaum (1995). Esta filósofa distingue sete maneiras de obxectivar a unha persoa (Nussbaum, 1995):

- Instrumentalidade: tratar o obxecto como ferramenta ao noso servizo.
- Negación da autonomía: tratar ao obxecto como incapaz faltándolle a autonomía e autodeterminación.
- Ser inerte: tratar o obxecto como incapaz de exercer a motivación, e en ocasións, tamén a actividade.
- Funxibilidade: tratar o obxecto como intercambiable con outros obxectos sexan do mesmo ou distinto tipo.
- Violabilidade: tratar o obxecto como algo que se pode rachar, romper ou violar.
- Propiedade: tratar o obxecto como algo que é posuído por outro; e que pode ser vendido, mercado, etc.
- Negación de subxectividade: tratar o obxecto como algo cuxa experiencia e sentimentos -en caso de existir-, non teñen por que ser tidos en conta.

A obxectivación da muller pode influír nun tipo de imaxe construída para o outro-masculino que a mira (Gil, 2000). Unha imaxe que adquire a condición de dependencia e desustanciación que pasa a ser asumida polo un-masculino.

Nos últimos tempos xurdiron intentos de aproveitamento das posibilidades das novas tecnoloxías para colonizar un novo significado para as relacións establecidas entre os xéneros e a dicotomía privado/público da que se falou anteriormente. En 1985 Donna Haraway publica o *Manifesto para Ciborgs: ciencia, tecnoloxía e feminismo socialista a finais do século XX* (Montesinos, 2016). Este Manifesto será a pedra fundacional dos ciberfeminismos. O ciberespazo considérase un ámbito máis alá do binomio privado/público, convertido agora, por outro lado, nun triángulo: público/privado/doméstico. O ciberespazo posibilitaría que o espazo doméstico tradicional pase a ser parte do espazo público, dende a miña computadora podo escribir no meu *blog*, ou subir un post á rede de redes.

O ciberespazo presentaría outras posibilidades xa que a reclamada necesidade de deslaxitimización da identidade sexual en aras da igualdade real e da posibilidade de asunción por parte da muller e as diferentes orientacións sexuais do seu propio xénero de xeito performativo (Butler, 2016, 2017) pode estar máis preto. A posibilidade de asumir distintas identidades na internet favorece o travestismo virtual e acerca a concepción do xénero coma un *continuum* fronte a actual cesura entre os distintos sexos ou orientacións sexuais.

Pero toda moeda ten dúas caras, e se ben o ciberespazo facilitou a incorporación da muller a determinados espazos hipermasculinizados; agromando o movemento das *Geeks*, é dicir, das “mulleres que se dedican a desenvolver software, páxinas web, programar bases de datos, inventar videoxogos”(Montesinos, 2016). Por outra banda, no ámbito dos TCA aparecen as páxinas proANA e proMIA, é dicir, páxinas webs que serven de contexto de relación de comunidades de persoas que se apoian na súa loita por manterse sen comer (proANA), ou para axudarse e compartir información sobre como manter patróns que permitan non aumentar de peso a través de condutas purgativas (proMIA). Algúns autores atoparon ata 400 deste sitios web adicados á promoción de estilos de vida que se enmarcan nun TCA (Levine e Champman, 2011). Ademais, na internet atópanse os blogs chamados *Thinspiration* nos que se recorre ao apoio social, que se sabe, é algo de suma importancia como elemento potenciador e mantenedor de determinadas condutas ou decisións, de aí a utilización dos grupos de autoaxuda e dos grupos terapéuticos. En cambio, no caso dos fenómenos

tecnolóxicos que se veñen comentando este tipo de efectos vólvense contra as persoas vulnerables e a acción dos propios profesionais que tratan este tipo de doenzas.

Nun artigo descríbese un sitio proANA investigado polos autores como unha

comunidade que proporcionaba unha web comprensible e un foro, onde os participantes intercambiaban ideas, proporcionábase apoio e intercambiaban experiencias, logros e os faios percibidos. O sitio incluía receitas para promocionar un xeito de comer anoréxico e saudable, consellos sobre suplementos nutricionais e “*thinspiration*”: fotografías de celebridades delgadas para inspirar e soste o comportamento anoréxico. As participantes eran de Estados Unidos, Gran Bretaña, Nova Zelandia e Australia, sobre todo mulleres entre 14 e 42 anos, estando a maioría entre os 17 e os 20 anos de idade e estudantes (Fox e Ward, 2006, p. 471).

As páxinas proANA e proMIA promoven o que estes autores defenden que conforma unha verdadeira identidade sustentada nun modo de vida que se basearía nunha estrita dieta, acompañada de prácticas purgativas e exercicio. Ao que se sumaría a unha inxesta calórica dunhas 700 calorías diarias coa suposta finalidade de manterse a salvo nestas condicións (Fox e Ward, 2006).

É destacable que neste tipo de sitios web o instrumento principal usado é a imaxe, máis que o propio corpo. Úsanse así técnicas de “apoio” entre os membros da comunidade como (Behar, 2010):

- A *thinspiration* (*thin* – fraqueza + *inspiration* – inspiración): presentación da imaxe de persoas que están nunha situación de peso envexable segundo os cánones admisibles polo marco da subcultura proANA ou proMIA.
- *Reverse thinspiration*: fronte o explicado, neste caso sométese ás persoas a imaxes de xente obesa ou con sobrepeso para ser obxecto de mofa a través de comentarios denigrantes, poemas satíricos, cancións ofensivas, etc.
- *Wannabes* (*want to be*): é como se denomina ás persoas que aspiran a ser anoréxicas ou bulímicas pero aínda non o son.
- *Princesa*: aplícase esta etiqueta ás rapazas e mozos cuxo escuálido corpo suponse que serve de modelo a alcanzar polo resto da comunidade da web.
- *Monstrolandia*: é como se refire este tipo de sitios web ás persoas obesas.

A investigación revela que estes sitios web compartirían as seguintes características (Fox e Ward, 2006; Perloff, 2014):

- Adoitan promocionar o estilo de vida (*lifestyle*) e os ideais “anoréxicos”.
- Soen usar metáforas típicas da linguaxe relixiosa.
- Un dos asuntos do que se fala a miúdo é a perfección ligándoa á fraqueza.
- Outro dos temas habituais é o da transformación, interpretando que os TCA poden transformar a un individuo dende a gordura á bela franqueza.
- Fálase tamén de éxito, que se vincula á forza é á habelencia de manterse nun peso baixo.
- As persoas participantes adoitan “sinaturas” que reflicten o peso, altura e metas alcanzadas.
- A etiloxía da doenza soena situar as persoas participantes na esfera social: a industria da beleza, a obsesión dos medios de comunicación co estilo de vida das celebridades e a asimilación da fraqueza á beleza, o éxito, a felicidade e a saúde.

Hai que ter en conta que algunha investigación puxo de manifesto que o 35,5% das doentes con TCA visitaran antes do diagnóstico este tipo de páxinas; e delas o 96% aprenderan nelas novas prácticas para manter ou agravar a súa situación (Wilson et al., 2005, maio). Cabe preguntar se os profesionais coñecen este tipo de páxinas e o nivel de influencia que poden ter na doenza ou as resistencias que poden xerar no proceso de recuperación.

6.2. A INFLUENCIA DOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Pero os medios de comunicación en realidade teñen algunha capacidade de influencia real sobre a imaxe corporal das persoas? (ver táboa 27), que nos di a investigación sobre o particular?

Raich, Sánchez Carracedo e López Guimerà (2008) establecen nunha das súas obras unha secuencia de imaxes que podería representar a evolución do modelo estético dos diferentes momentos históricos. O percorrido comézano coa *Venus de Willendorf*, para pasar á *Venus de Milo*, a *Vasija Portland*, *A primavera* de Boticelli, *Betsabé no baño* de Rembrandt e finalmente a *Maja espida* de Goya. Toda unha pena que non a continúen ata a actualidade. Eles mesmos pouco máis adiante tratan a boneca Barbie, claro expoñente do canon de beleza actual, e comentan o imposible da súa configuración corporal. Se a Barbie fora unha persoa real estes autores comentan que as medidas que tería son: 100-45-80, cunha altura de 2 metros e calzaría un 34 de pé; deixando claro que “Estas medidas serían incompatibles coa vida”(Raich, Sánchez Carracedo e López Guimerà, 2008, p. 38). Esta tolemia na que todos/as estamos sumidos, ten algún efecto en nós?

Táboa 27: Teorías sociolóxicas explicativas da influencia dos medios de comunicación nas alteracións da imaxe e da conduta alimentaria

Teorías	Descrición
Teoría da cultivación ou do cultivo (Gerbner, Gross, Morgan e Signorelli, 1994)	O uso dos medios cultiva unha visión da realidade que é diferente da do mundo real e que incorpora á fraqueza significados como o do éxito...facendo que se acepten como reais modelos corporais pouco realistas sen crítica algunha
Teoría da Obxectivación (Frederickson e Roberts, 1997)	As mulleres son socializadas para que se vexan coma obxectos mirados polos demais. A definición primaria da muller é o de un corpo-obxecto. Os medios son o principal vehículo de transmisión desta obxectivación
Teoría da Interiorización (Heinberg, Thomson e Stormer, 1995)	Os medios permiten dar a coñecer o estándar de corpo a alcanzar; e transmiten a mensaxe de que é importante alcanzalo

Fonte: Adaptado de: Calado, M. e Lameiras, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿Son los medios de comunicación tan influyentes?.* Valencia: Tirant humanidades.

Algo no que coincide toda a investigación feita ata o de agora é que un factor dos que xoga un papel máis relevante na imaxe é o canon de beleza actual. Este canon estaría vinculado á extrema fraqueza e internalizaríase a idade moi temperás no caso das mulleres. De feito algunha investigación expón que esta internalización produciríase aos tres anos de idade (Dittmar, Halliwell e Ive, 2006). Esa internalización permite que se active o mecanismo de comparación que, á súa vez, pode chegar a incidir na insatisfacción co noso corpo.

A influencia dos medios de comunicación non sería a mesma en toda a poboación, existirían sectores máis vulnerables a este tipo de influencia, por exemplo as rapazas novas e cun nivel de apoio social reducido (Helgeson, 2009; Stice, 2002). López-Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo e Fauquet conclúen unha das súas investigacións afirmando que “Os medios de comunicación son unha fonte extremadamente importante, senón a principal, da información e reforzo en relación á natureza do ideal de beleza/fraqueza, a súa importancia e como aterse a el”(2010 p. 406). Pola contra, a etnicidade parece ser un factor protector ante o risco de insatisfacción da propia imaxe, e polo tanto de que acaben desenvolvendo un TCA (López-Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo e Fauquet, 2010; Perloff, 2014). É dicir, as mulleres afroamericanas soen mostrar un grao de satisfacción co seu corpo máis alto que as mulleres caucásicas, pero a investigación revela que segundo vaise producindo unha aculturación da poboación latina, afroamericana e asiática no estándar cultural do canon de beleza da sociedade occidental branca os niveis de insatisfacción medran (Perloff, 2014).

No caso dos homes a influencia céntrase na satisfacción co propio corpo, a autoestima cara este, a autoestima, a posibilidade de aumentar o risco de desenvolver determinados trastornos como

a depresión e o desenvolvemento de determinadas condutas, por exemplo, pautas de exercicio excesivo (Barlett, Vowels e Saucier, 2008). No caso masculino a influencia dos medios é máis acusada na poboación universitaria que no caso dos varóns adolescentes; pódese especular que os rapaces un pouco maiores están máis expostos aos medios que os máis xoves ou que estes aínda non pasaron a pubertade, que algunha investigación cita como factor biolóxico que prexudica a influencia dos medios (Barlett, Vowels e Saucier, 2008). A imaxe mostrada non ten por que ser especialmente musculada para que se poña en marcha o proceso de comparación que poida estimular emocións de carácter negativo e a insatisfacción coa propia imaxe (Barlett, Vowels e Saucier, 2008). Por outra banda, no caso dos homes a saúde e os ideais estéticos móstranse máis distanciados que no caso feminino, o que pode funcionar como factor protector ante os TCA (Morgan e Arcelus, 2009). Isto non significa que non exista un gran número de homes que sufran de insatisfacción co seu corpo, que sería particularmente alto no caso dos homes homosexuais e sen parella (Morgan e Arcelus, 2009). Aínda que a percepción parece non estar determinada tanto por un ideal de beleza senón pola necesidade de axustarse a normas biolóxicas que permitan manter a saúde entendida no seu sentido estritamente biolóxico (Morgan e Arcelus, 2009).

Pódense pois illar unha serie de factores que artellan a influencia dos medios nos TCA:

- Os medios serían a ferramenta que permite que o ideal de beleza se transmita ás persoas “Os medios non só glorifican o ideal de fraqueza, tamén enfatizan a súa importancia e a importancia da aparencia en xeral”(Spettigue e Henderson, 2004, p. 16).
- A exposición aos medios parece aumentar a sintomatoloxía típica dos TCA, facendo que esta sexa considerada un factor de risco dos moitos que inciden para desenvolver un trastorno alimenticio(Calado e Lameiras, 2014; López-Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo e Fauquet, 2010; Stice, 2002).
- Os medios serían o instrumento que facilita que se manteña o chamado *descontento normativo* (Groesz, Levine e Murnen, 2002).
- Os medios tamén funcionarían, non só como factor de risco de padecer algún TCA, senón tamén como factores mantenedores do trastorno (Williams, Thomsen e McCoy, 2003).

Chegados a este punto podémonos preguntar, cal é a visión que se da dos TCA nos medios de comunicación? Da man de O'Hara e Clegg (2007) podemos destacar os seguintes aspectos:

- Os artigos sobre TCA soen aparecer na sección de cultura e entretemento. Nesta investigación o 48% dos artigos aparecían na devandita sección.
- O 95% dos artigos referíanse ao caso de mulleres que tiñan algún TCA. E cando aparecían homes, estes eran presentados como se o TCA fora desenvolvido de xeito reactivo a determinados sucesos como a dependencia das drogas ou abuso sexual.
- O 94% dos casos individuais presentaban a persoas caucásicas.
- Cando se fala de factores causais soe citarse só un. Os máis habitualmente mencionados serían: a influencia parental, o abuso verbal, os abusos sexuais e o desacougo emocional que persista perante un longo período de tempo.
- Só o 21% dos artigos falan de tratamentos. E cando o fan preséntanse solucións simplificadas. De feito, só un 8% dos artigos mencionan tratamento médico ou terapia psicolóxica.
- Preséntase unha porcentaxe de éxito nos tratamentos que non se corresponde coa real polo que se pode incidir no mantemento dunha percepción da baixa gravidade deste tipo de trastornos.

O'Hara e Clegg conclúen que “Mentres que a comunidade médica cada vez máis ve a anorexia e a bulimia como trastornos complexos con raíces biolóxicas e ambientais, as percepcións públicas non recoñecen este xeito de pensar. As noticias nos medios reflicten e perpetúan crenzas públicas sobre os TCA que poden impedir o diagnóstico ou o tratamento destas situacións”(2007, p. 49). É

dicir, o canon de beleza fixa un ideal en relación ao corpo feminino que ao transmitirse continua e constantemente a través dos medios sitúa na normalidade pesos e imaxes corporais que, en realidade, deberían alarmar á poboación ou cando menos deberían de servir de elementos motivadores para a búsqueda de axuda profesional. Como se verá nos resultados desta investigación isto pode considerarse que tamén pasa cos estudantes e profesionais da saúde, xa que, ao ensinalle fotografías de persoas evidentemente afectadas por TCA, nin alviscan o trastorno nin censuran a imaxe destas persoas, senón que pola contra fan descrições positivas da súa imaxe (ver capítulo 17).

A literatura coincide na imaxe máis presentada nos medios de comunicación definíndoa como “unha muller nova, alta, branca, cun corpo *tubular* (sen curvas) e con melena rubia”(Calado e Lameiras, 2014, p. 79).

Pola súa banda, a imaxe presentada no caso dos homes pódese argumentar que mudou nos últimos vinte e cinco anos, e conflúe nestes intres nun home co “peito desenvolvido, musculatura nos brazos, ombros anchos e cintura estreita, corpo en forma de V, corpo mesomorfo”(Calado e Lameiras, 2014, p. 80). De feito, despois de revisar perante meses as distintas revistas dirixidas a público masculino pódese afirmar que a acentuación da musculatura é moi evidente.

Se se deixa de lado a distinción entre a imaxe masculina e feminina, a verdade é que a fixación e saturación dos medios co binomio iconográfico comentado establece unha dicotomía que de xeito ríxido elimina calquera tipo de heteroxeneidade; establecendo por outra banda, unha “imaxe corporal [que] é atemporal, estática e inmutable, o que supón un desequilibrio ou selectividade de certas formas corporais e exclusión e invisibilización doutras formas corporais, relegándoas á inexistencia formal”(Calado e Lameiras, 2014, p. 80). Porén, imponse unha imaxe utópica e polo tanto irreal, pero paradoxicamente ao mesmo tempo, cárgase sobre os ombros das persoas a responsabilidade de manexar esa mercancía na que se converteu o seu corpo a risco que, de non facelo, se lle cargue co estigma da obesidade.

Nun minucioso traballo de investigación, Calado e Lameiras (2014) estableceron a influencia dos distintos medios de comunicación, concluindo:

- Que a exposición a revistas pode producir a aparición de pautas ou sintomatoloxías de alteración alimentaria. Nestas posibles consecuencias influiría o nivel de exposición á variable estudada. Destacando que a maioría das investigacións revisadas están feitas entre a poboación universitaria feminina. No caso dos homes, tamén universitarios, a exposición a este tipo de estímulos aumenta a preocupación sobre a musculatura e aumenta a posibilidade de realización de exercicio e de uso de produtos de beleza e de suplementos dietéticos.
- No caso da televisión, as variables a ter en conta serían dúas: o tempo que se dedique a ver a televisión e o tipo de programación que se vexa. O incremento de horas adicadas a ver televisión correlacionaría co incremento do risco de alteracións alimentarias. Por outra banda, o ver películas, series ou vídeos musicais aumentaría o risco, o que non faría o ver deportes.
- En calquera caso, o incremento do risco de desenvolver un TCA non ven provocado pola influencia dos medios, senón que as autoras reclaman o desenvolvemento de modelos explicativos complexos, xa que segundo elas “confirmanse cada vez con maior frecuencia a presenza de influencias sociais indirectas (comparación social, dieta compartida e evitación da desaprobación social). Polo tanto, parece necesario estudar outras variables psicolóxicas, así como, sociolóxico-estruturais á par que as variables de exposición aos medios de comunicación nas alteracións da imaxe corporal e a alimentación”(Calado e Lameiras, 2014, pp. 176-177). No caso da imaxe corporal, nesta influirán unha serie de mensaxes da sociedade e da cultura na que estamos insertos e que acaban por modelar o noso corpo (ver táboa 28).

Táboa 28: Mensaxes socioculturais influíntes na formación da imaxe corporal

Estereotipos de xénero	Dobre estándar corporal segundo o xénero	O control do corpo	A importancia do corpo
Socialización (cultura androcéntrica) Subordinación e invisibilización da muller Muller obxecto vs. Home suxeito Exclusión Desequilibrio e fragmentación da realidade	Homoxenización, obxectivación e fragmentación corporal <u>Feminino:</u> Fraqueza Beleza Xuventude Vulnerabilidade á doenza mental <u>Masculino:</u> Atlético Musculoso Saudable Actor (Móvese, actúa)	Corpos irreais Esculpir o corpo	Simplificación (mensaxes dicotómicas)
		Conduitas máis invasivas para a consecución ideal/irreal	Asociación beleza/éxito
		Beleza corporal	Asociación non beleza/fracaso

Fonte: Adaptado de: Calado, M. e Lameiras, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿son los medios de comunicación tan influyentes?*. Valencia: Tirant Humanidades.

Por último, para poñer fin a este capítulo podémonos preguntar cal é o papel da publicidade neste proceso de construción e difusión do imaxinario do corpo ideal. Traversa (1997) fixo unha investigación na que revisa a publicidade entre 1918 e 1940, proxectándoa cara a actualidade. Nesta investigación propón como conclusións:

- Nesta época produciríase unha apropiación do corpo que provocaría que fronte aos corpos reais apegados ao modelo fotoreportaxe faga aparición o “corpo filtrado”(Traversa, 1997, p. 255). A partir de entón o corpo filtrarase polos ideais impostos no momento evolucionando cara estándares irreais.
- A publicidade imporíase un novo xeito de semiotización do corpo pola influencia da técnica cinematográfica. Imponse un discurso sobre a imaxe: “mediático, persuasivo, multiplemente conectado”(Traversa, 1997, p. 252).
- Produciríase un proceso de mediatización do corpo. Un proceso lento e sinuoso, instrumentado a través do cambio do xeito de produción das imaxes que pasa de estar dominado polos gravados a levarse a cabo a través da fotografía. Isto aumenta a velocidade de presentación e o seu carácter efémero.
- Fronte ao corpo cuberto e velado, o corpo como imaxe, é dicir, o corpo espido e presentado. Fronte a unha figuración significativa, prevalecería unha figuración representativa, fronte ao corpo a mera imaxe.
- Prodúcese unha división ou distinción, entre a imaxe feminina e masculina; o mesmo ocorre ca enfermidade dos dous sexos. O home presenta como causa da súa enfermidade a súa condición de traballador. A diferenza das mulleres, que son presentadas como amas de casa e

acuciadas polos malestares femininos, é dicir: angustia, desacougo, nervios, dolor, tristura, etc.

- O autor tamén contempla como o proceso de medicalización do corpo tamén tería un reflexo na publicidade. O corpo como campo de tensión debido á tentación que supoñen os alimentos, e a culpa que orixina á súa inxesta.

Así pois, neste capítulo viuse como na literatura distínguense dous conceptos vinculados. O concepto de imaxe e o de corpo. E como ambos vense afectados pola diferenza establecida polo sexo ao que pertence cada persoa. Explicouse como son os medios de comunicación os que transmiten á sociedade a estruturación do eixo interpretativo de xénero en relación á imaxe das persoas. Finalmente expúxose como os medios de comunicación agravan o nivel de descontento normativo que xa impregna á sociedade o que remata por entroniza un canon de beleza que non se corresponde coa realidade o que se pode converter por unha banda nun factor de risco en relación ao aumento da incidencia dos TCA; e, por outra banda, pode incidir na propia percepción da imaxe que teñan os/as profesionais que tratan este tipo de trastornos (ver capítulos 17 e 18).

A importancia dos propios medios de comunicación como creadores de realidade e das novas tecnoloxías facilitan que as mensaxes “inunden” a sociedade. Estas mensaxes sobre a imaxe e o corpo nos últimos tempos adoitan vehicularse en relación a alimentación como práctica a inscribir dentro da necesaria prevención de posibles patoloxías. E por iso que se dedicará o próximo capítulo a definir o fenómeno da alimentación como un feito social total (Mauss, 1971). Un fenómeno que, como se explicará, está dominado pola súa forte moralización na posmodernidade e a súa submisión -como pasaba no caso do corpo e outros elementos relacionados cos TCA-, a un forte proceso de medicalización.





CAPÍTULO 7

A SOCIEDADE DOS TCA

As ciencias humanas, dende hai moito tempo levan insistido no feito de que a alimentación humana comporta unha dimensión imaxinaria, simbólica e social (...). É un lugar común: nutrímonos de nutrimentos, pero tamén do imaxinario

Claude Fischler (1995)

Neste capítulo vaise votar unha ollada ao fenómeno da alimentación. Interpretarase este como un fenómeno social que adquire dimensións identitarias nas persoas e que está afectado en grande medida por aspectos morais que afectan principalmente á valoración da obesidade e da graxa, que como se verá afecta aos propios profesioais (ver capítulos 15 a 17). Polo tanto na alimentación deben introducirse fenómenos como o xaxún, a fame, a dieta, alimentos tabú, etc.

Asemade, explicárase como de novo o importante proceso de medicalización da alimentación provocou a redución do fenómeno alimenticio ao feito da inxesta dos nutrimentos necesarios para sobrevivir (dietética/nutrición) o que sitúa o poder simbólico para a súa valoración social de novo nas mans da profesión médica. O que explicaría que, nos resultados desta investigación, o estudantado enquisado lle conceda un lugar preeminente aos dietistas/nutricionistas no tratamento dos TCA⁵² (ver capítulo 11).

O certo é que a comida, e os seus usos sociais, foron cedo asociados a diferentes significados sociais. O universo simbólico da alimentación impregnou esta práctica social dende os albores dos tempos. A antropoloxía vinculou a práctica da alimentación co tabú, o totemismo, o sacrificio (Goody, 1995). O tabú, á súa vez, vencellábase aos significados do eido da impureza, do que hai que estar apartado (Douglas, 1988). Existen alimentos, que como diría Harris (1990) son bos para comer, e outros que non o son. Tales mandatos, a socioloxía os interpreta como propios do universo simbólico de cada sociedade e/ou cultura. De aí que se prohiba o consumo de carne de vaca na India, ou que haxa determinadas culturas, en diferentes épocas que permitan o canibalismo dende a mesma prehistoria como quedou claro en: Atapuerca, os tupinamba en Brasil no século XVI, os yanomamis na fronteira entre este e Venezuela ata practicamente a actualidade, os aztecas no século XVI, os foré nas terras altas de Nova Guinea ata finais do século XX, etcétera (Harris, 2006b, 2009).

⁵² O dietista/nutricionista é elixido por arredor do 80% das persoas enquisadas sendo o segundo profesional máis elixidos en todos os graos estudados.

Foi Marcel Mauss (1971) o primeiro en recoñecerlle á alimentación a categoría de feito social total. Esta categoría implicaba para o sociólogo francés que a alimentación faríase voceira de institucións: relixiosas, xurídicas, económicas e morais (entendendo que nesta esfera inclúense a política e a familia). En definitiva, comemos o que somos. Dándolle voltas a esta mesma idea, Herrera dirá que “Lonxe de ser un aspecto, un punto de partida, un simple signo doutra cousa, o comer é ese acto social onde se mesturan memoria e moda, discurso e práctica, poder e saber, gusto e necesidade; onde se suman as referencias, se definen os comportamentos, se establecen as diferenzas”(Herrera, 2010, p. 16).

Este punto de partida impón a necesidade de facer unha análise das dinámicas sociais que afectan á alimentación. En concreto, ao proceso de medicalización da mesma, o canon de beleza que domina con man de ferro as sociedades posmodernas e o fenómeno da obesidade. Todo isto dende o punto de vista da alimentación como fenómeno que nace e produce, certos tipos de moral concretos que poden chegar a introducir determinados significados nos imaxinarios sociais que compartimos tanto os profesionais que atendemos ás persoas con TCA, como estas.

7.1. A MEDICALIZACIÓN DA ALIMENTACIÓN

Seguindo a Fischler, a relación entre a medicina e a alimentación vólvese indisociable, xa que “a alimentación é o primeiro medio de acceder ao dominio do corpo, é dicir, un instrumento privilexiado de intervención médica. A incorporación explica que exista entre dietética e cociña unha especie de continuidade, de ambigüidade, tal vez de rivalidade fundamental”(1995, p. 224). Dende a medicina hipocrática o tratamento médico aparece vencellado a determinados xeitos de comer, como se comentou era necesario alcanzar o equilibrio humoral e a tal fin, en situación de enfermidade -é dicir, de desequilibrio-, os alimentos eran utilizados como instrumentos ou ferramentas de traballo do médico. De aí o interese e número de páxinas que dedican os Tratados hipocráticos á dieta.

Agora ben, na prehistoria a sociedade dos cazadores-recoletores, estes adicaban gran parte da enerxía diaria á busca de alimento. Cazábase o que se podía cas armas das que dispoñían. As mulleres, pola súa banda, recollían as plantas e sementes comestibles como medio principal de complementar a dieta. Dábanse daquela momentos de fartura ou de relativa abundancia, e outros de carestía e ata de fame. O que determinaba o tipo de vida nómada que levaban.

Pasado o tempo, apareceu a agricultura a que, á súa vez, permitiu a evolución cara un tipo de vida sedentaria. Pero isto non evitou os tempos de hambruna, xa fóra por razóns climatolóxicas ou doutro tipo (as pragas, a carencia de insecticidas, etc.). As últimas grandes hambrunas no mundo occidental pódense situar en Francia en 1741-42 e en Irlanda en 1846-48 debido á falta de pataca (Fischler, 1995).

Na actualidade a fame segue existindo no mundo pero soe afectar á maioría da poboación dos países do Terceiro Mundo, ou os chamados países en vías de desenvolvemento, como gusta de chamalos o paradigma do politicamente correcto. Países que o certo é que por causas estruturais de carácter global que todos e todas coñecemos non acaban de acadar ese ansiado desenvolvemento que ás veces si que aparecen nas denominacións internacionais ou das macrocifras que, por desgraza, non se poden comer e non soen supoñer na maioría das veces unha redistribución xusta da riqueza que segue concentrada nun reducido número de persoas.

Sen esquecer, por suposto, a situación orixinada en toda Europa, e en concreto no noso país, a partir do 2007 esta crise orixinada no sistema financeiro internacional e que os gobernos veñen de cerrar en falso a través da axenda política ao identificar as macrocifras económicas co benestar da poboación. O certo é que ven de suceder unha reestruturación do mercado de traballo que ven de producir a redución dos salarios e a consecuente perda de poder adquisitivo da clase traballadora, a precarización das condicións de traballo e a introdución do paradigma do contrato temporal de breve percorrido, etc. En relación ao tema asunto deste traballo a clase media española ven de sufrir un duro golpe que o estado de benestar non é capaz de reconducir, e tenos introducido no túnel dun

trasvase de riqueza que se está acumulando en pequenas capas de poboación. Así que crece a diferenza das condicións de vida das persoas e pódese acabar por agromar un fenómeno como o dos corpos precarios (Seveso e Vergara, 2012). A mermada capacidade económica de determinadas persoas -e novos fenómenos como o dos chamados traballadores/as pobres-, pode facer que se faga imposible acceder a unha dieta axeitada, se queira ou non se queira. Vemos fenómenos como as colas nas comedores sociais das administracións públicas ou das Organizacións non gubernamentais, cando a maioría da comida que se reparte procede da retirada os excedentes alimentarios levados a cabo pola Unión Europea. O que produce este tipo de funcionamento é que se repartan alimentos que non poden conformar unha dieta axeitada: arroz con leite, natillas, galletas, salchichas, arroz, pasta, etc. Desaparecendo ao longo do tempo alimentos como o aceite de oliva, a fariña, o zucre...e nunca facendo entrega de alimentos frescos. Todo isto pode facer que se esté promocionando dende a administración pública e organizacións non gubernamentais a cronificación da poboación en hábitos non saudables que eleven os niveis alarmantes de aumento de peso, para a continuación criminalizar á propia poboación por non asumir os devanditos hábitos dietéticos, que non alimentarios.

En calquera caso, Herrera (2010) sinala que a partir do século XVII viría producíndose o proceso polo que iría agromando a modernidade alimentaria. Este proceso de modificación da alimentación por parte das sociedades contemporáneas estaría caracterizado polos seguintes trazos: é un proceso de progresiva secularización, racionalización e burocratización. Pero o certo é que o acto de comer, sempre se viu afectado por unha serie de tensións como son:

- A tensión entre o ben e o mal. Dende os inicios da aparición das diferentes culturas determinados alimentos foron afectados por nocións morais (noxo, tabú, etc.); determinadas polas diferentes culturas ou relixións. De aí a prohibición de comer porco para os musulmáns, ou de comer tenreira para os indios, ou o noxo que pode dar a un occidental o feito de comer serpe ou insectos.
- A tensión entre comer por pracer ou por razóns éticas, morais ou relixiosas.
- A tensión entre a moderación e a gula.

Algúns autores (Coveney, 2006; Herrera, 2010) sinalan como estas tensións “resolvéronse” reuníndose arredor dun proceso de progresiva racionalización de tipo calculativo e capitaneadas pola nutrición, para acabar sendo asumidas pola homónima rama do saber médico. Se na antigüidade os argumentos para recomendar unha ou outra elección de alimento viña claramente dirixida por factores de carácter moral ligados á relixión ou a moral social, coa irrupción da nutrición os discursos sociais permiten calcular que tipo de alimento é o máis axeitado. Este será o máis san, polo tanto será a profesión médica a que ten a capacidade de recomendar e insistir no mantemento de prácticas o máis axeitadas para a saúde da poboación. A parte do tipo de alimentos, haberá que recomendar cal é a cantidade de alimento axeitada a cada persoa en concreto. Ou que alimento sería bo que unha persoa concreta comera, xa que pode ser prexudicial no seu caso.

Utilizando a terminoloxía foucaultiana Coveney (2006) dirá que a aparición da nutrición foi posible grazas aos procesos de racionalización alimentaria que se produciron nas Casas de traballo (*Workhouses*) e nas prisións. Orixínase así un tipo de gubernamentalidade posibilitada pola aparición da estatística aplicada ás ciencias sociais e a medicina.

Pero a pesar desta aparente situación de exquisita asepsia dos discursos algúns autores nos advirten de que tal vez detrás desta fachada o que podemos atopar é que estes son “igualmente “pastorais” nas súas intencións e obxectivos”(Coveney, 2006, p. 99). Neste sentido o autor do que vimos falando di que “A nutrición non é soamente unha ciencia senón tamén un ethos”(Coveney, 2006, p. XVI). A dieta definiríase pola fórmula (Coveney, 2006):

$$\text{Dieta} = \text{Saúde} + \text{Medicina} + \text{Modo de vida.}$$

Determinadas dinámicas sociais: o aumento da poboación, a aceleración dos modos de vida, a incorporación da muller ao traballo remunerado, etc. Forzaron a necesidade de conseguir a comida o máis rapidamente posible (mínimo tempo) e co mínimo esforzo (mínimo custe de enerxía e económico); imponse o que se ven de chamar a dieta fordista (Friedland, 1994). Que, á súa vez, conducen á *macdonalización* (Ritzer, 1996), é dicir, un sistema que responde ás demandas da poboación. Un sistema que favorece a eficacia proporcionando alimento rápido (tanto na elaboración, como no propio momento de consumo) e a baixo custe (tanto en relación á materia prima, como na elaboración, como no prezo que se lle cobra á poboación que os consume).

Pódense sinalar unha serie de procesos ou cambios sociais que influirán nos cambios dos hábitos alimentarios na contemporaneidade (Herrera, 2010):

- A progresiva urbanización e industrialización que se produce no século XX.
- A globalización.
- A incorporación da muller ao traballo remunerado.
- A regulación e diminución do tempo adicado ao traballo, e a consecuencia de incremento do tempo dedicado ao lecer.
- A escolarización masiva da poboación.
- Os cambios demográficos, encabezados pola redución da natalidade e o avellentamento da poboación.
- Os cambios que se producen nas ideas e valores: os imaxinarios do corpo, os novos patróns de beleza, a resignificación da obesidade, o movemento ecoloxista, os novos xeitos de consumo alimentario: o vexetarianismo, o veganismo, os produtos ecolóxicos ou biolóxicos, os produtos sen calorías (*light*), etc.
- A individualización que caracteriza ás sociedades contemporáneas provoca no ámbito da alimentación que as persoas se vexan “afogadas” pola necesidade de tomar decisión responsables sumidas no mare magnum de informacións contraditorias sobre as características dos alimentos. Ao que se suma o feito de que a información proporcionada polos medios de comunicación e a publicidade cada vez adquire máis as características típicas da xerga científica, sendo moeda común que se fale de: Omega 3, os triglicéridos, o colesterol bo ou malo, os bífidos activos, etc. e toda unha inxente panoplia de alimentos modificados con supostos beneficios, ou características, moi difíciles de poder comprobar por parte do consumidor medio: leite con máis calcio do normal, produtos sen calorías (*light*), bebidas para baixar o nivel de colesterol, alimentos para mellorar a memoria dos estudantes, etc. Todo este océano de posibilidades provoca que “ante a cacofonía informativa, o descoñecemento dos produtos e dos procesos de fabricación dos alimentos (...) o comensal moderno vese sumido nun estado de permanente inseguridade e incertidume para o que non ten criterios fiables nin coherentes sobre os que fundar racionalmente as súas decisións”(Herrera, 2010).

Estes cambios na sociedade fan que a alimentación sufra unha serie de mudanzas (Gracia-Arnáiz, 1997, 2002; Herrera, 2010):

- Nas representacións culturais e o valor simbólico dos alimentos: a consideración das graxas, os tabús alimenticios, etc.
- Nas normas, modais no consumo: homoxeneización dos consumo (tipos de alimentos maneiras de preparación, etc.), a *macdonalización*, a *desconcentración* da alimentación⁵³, a atemporalidade, desocialización, deslocalización das comidas.

⁵³A *desconcentración*, ou fenómeno do *snacking* consistiría no proceso polo cal nos últimos tempos o consumo alimentario soe facerse en máis momentos (Almorzo, aperitivo, merenda, comida, cea, pisco-labís, etc.) inxerindo menos cantidade, e polo xeral en soidade (Gracia-Arnáiz, 2002).

- Nas formas de aprendizaxe e transmisión dos coñecementos e habilidades alimentarias: os concursos e os programas de telerealidade, etc.
- Na linguaxe alimentaria: a esferificación, texturizar, os trampantojos, a deconstrución de pratos, etc.
- Nos valores e preocupacións asociados á alimentación: o coidado da saúde (nivel de glicosa e colesterol), a preocupación polo sobrepeso, a busca da delgadez, etc.
- Nos coñecementos e habilidades alimentarias da poboación.
- A democratización da alimentación orixinada pola crecente situación de gastro anomia (Fischler, 1995).

Este tipo de cambios e dinámicas crearon unha alimentación paradoxal definida a partir de dúas características incompatibles: a homoxeinización da alimentación e da dieta (Fischler, 1995; Goody, 1995) e a diversidade de alimentos e de cociñas que conviven na actualidade (Herrera, 2010).

7.1.1. A alimentación e o risco dos TCA

Pero, que ten que ver a alimentación cos TCA? Neste caso o concepto bisagra é a consideración que se ven facendo en socioloxía das sociedades contemporáneas como as sociedades do risco (Beck, 2013; Luhmann, 2006, 2007a, 2007b). No que afecta á alimentación as normas legais que deben respectar a industria alimentaria cada vez son máis estritas. Isto aumenta a percepción do risco entre a poboación, algo que se comía ata o de agora de súpeto pode ser perigoso e debe retirarse do mercado. Por outra banda, xorden novos debates

en torno á bioética sobre a manipulación xenética dos alimentos, a degradación ambiental que supón a organización da produción y das aplicacións tecnolóxicas ou a degradación nutricional dos propios alimentos (carencia de fibra e vitaminas, alto contido en graxas, azucre e sal, exceso de compoñentes químicos dubidosos...) están creando percepcións e situacións de risco ante as que os consumidores esixen a introdución de regulacións estritas que garantan a seguridade dos alimentos (Herrera, 2010, p. 39).

Este tipo de caracterizacións fan que o eido da saúde xa non só esté restrinxido á saúde efectiva e real, senón que amplía os seus límites ata alcanzar a saúde potencial. Agora ademais das enfermidades que se teñen importan os factores de risco, as predisposicións as situación de risco, etc. A prevención sanitaria acaba de entrar nas nosas vidas. Hoxe en día é o mesmo non estar enfermo, vostede ten que estar vixiante para manter á súa saúde en bo estado. De cando en vez terá que medirse a presión vascular, estar pendente dos niveis de glicosa, se é unha muller terá que facerse unha mamografía, se é un home facerse unha revisión da próstata,... Así entramos nun extenso etcétera que ven a engrosar a longa lista de “obrigacións” individuais que debemos asumir como persoas responsables. A prevención sanitaria pode converterse nun dos monstros que asedian á nosa liberdade individual xunto a internet (e a posible eliminación da nosa privacidade) ou o paradigma da flexiseguridade (que xustifica toda medida de dominio sobre os nosos corpos e a nosa liberdade de movemento a pesar de estar consagrada en case todas as Cartas magnas existentes).

Esta calculabilidade que caracteriza ao imaxinario social da nutrición abre a porta ás valoracións sociais noutro sentido. Agora mesmo cada persoa pode saber cal é a inxesta de alimentos recomendada, por saudable, no seu caso concreto. É dicir, para min pode ser de 1500 calorías, para outra persoa de 2000 calorías, etc. Se como máis do recomendable automaticamente aparecen valoracións que din que non teño suficiente vontade, ou son unha persoa indolente, ou que sinxelamente estou gordo porque eu decido estalo (culpa), etc. A gordura pasa a estar gobernada e rexida por unha lóxica calculativa (Fullagar, 2003), que enmarca todo na esfera da moral.

Ademais a definición dos marcos que establecen os límites ás devanditas valoracións establécense por parte do persoal médico. E transmítense á sociedade amparadas pola garantía da investigación médica. Herrera recórdanos que “Médicos, biólogos, educadores, publicistas, medios

de comunicación, institucións nacionais e internacionais...son reclamados agora como axentes informadores e educadores no ámbito alimentario, pasando a formar parte integrante -e a miúdo decisiva- dun sistema agroalimentario que se ve así notablemente ampliado nos seus elementos” (2010, p. 41). É o que esta socióloga denomina superstición racional, é dicir, “unha nova sacralidade que institúe a fe na racionalidade científica, e a súa administración lexítima por un sacerdocio médico”(2010, p. 118). De novo será Herrera quen resume de maneira magnífica a situación da alimentación nas sociedades contemporáneas cando di que

A consecuencia principal do proceso de racionalización nas prácticas culinarias obsérvase no cambio radical de axencia que conleva. A progresiva extensión da racionalidade médico-biolóxica, e a consecuente erosión das restricións relixiosas tradicionais e das pautas de distinción social, dos ditados do corpo e da tradición, inducen unha crecente inversión da axenda nos suxeitos da alimentación que se cifra no tránsito do comer á nutrición, da acción á recepción, da atribución dun rol de axente para o comensal á dun papel paciente (Herrera, 2010, p. 300).

Asentada a introdución da moral no imaxinario alimentario a pregunta é si esta provocou algún tipo de consecuencia ou influencia no campo dos TCA. O certo é que si. Gracia-Arnáiz e Comelles (2007) refiren que o paradigma médico biolóxico impón, de entrada, unha tripla mirada na práctica médica: O médico-centrismo, é dicir, a utilización dunha racionalidade reducionista parapetada, supostamente, na asepsia científica; o andro-centrismo e a misoxinia.

O proceso de medicalización da alimentación dá os seus primeiros pasos no famoso “experimento” levado a cabo no balneario de Battle Creek en Michigan en 1863 e que remataría nunha experiencia de crear unha alimentación sana para o ser humano, pero que polo camiño mercantilizouse e derivou cara os famosos cereais Kellogg (Coveney, 2006; Toro, 2015). Este proceso despega despois da Segunda Guerra Mundial guiado polo intento de redución dos niveis de colesterol, glicosa, etc. pero o fará instaurando o parámetro da normalidade estatística establecida pola medicina. Toro sinala que nos Estados Unidos “Cara 1880 as rapazas preocupábanse conspicuamente por non parecer demasiado delgadas” (2015, p. 69). E Gracia-Arnáiz e Comelles matizan que “Previr a obesidade non foi xamais unha prioridade biomédica antes do século XX. Estar gordo non era considerado patolóxico, a desnutrición, si” (2007, p. 105).

Este tipo de sucesos corren paralelos ao cambio do canon de beleza. Abandónanse referentes como Marilyn Monroe ou Sofía Loren e o canon evolúe cara a imaxe da modelo Twiggy (Gracia-Arnáiz e Comelles, 2007; Toro, 2015). A partir dese momento á devandita supermodelo a seguirán: Kate Moss, Nieves Álvarez, Cindy Crawford, etc. Pero quizais non estaría de máis recordar que todas estas mulleres, co tempo, acabaron por recoñecer os seus TCA ou, a lo menos, devaneos con condutas alimentarias inapropiadas.

Agora mesmo o problema da imaxe é moito máis complexo xa que programas como *Photoshop* permiten crear mulleres e homes que en realidade non existen nin nunca existirán. Persoas con imaxes perfectas que só existen na realidade virtual dos documentos informáticos nos que se gardan e editan.

Todo isto perfila un imaxinario social permeado nunha verdadeira mitoloxía que seguindo a Sanders e Bazalgette (1994) respondería aos seguintes mitos:

- Todo tipo de graxa na comida é mala.
- A redondez non é saudable.
- A delgadez é saudable.
- A gordura ou graxa pode perderse rapidamente e isto non é perigoso.
- Existe un tipo de graxa especial e que se presenta nas mulleres chamada celulite.
- A graxa da celulite é causada polas toxinas.
- Pódese reducir a gordura dunha parte concreta do corpo *verbigracia* as cadeiras e os muslos.

- Certos alimentos e certas combinacións poden activar o metabolismo e acelerar a perda de peso. Neste sentido ultimamente está de moda a dieta Dukan baseada na inxesta predominante de proteínas.
- As mulleres de menos de 50 anos corren o risco de enfermidade do corazón.
- Facer dieta é saudable.

Toro despois de realizar un percorrido polas investigacións que estudaron a insatisfacción das persoas co seu corpo conclúe que “a práctica totalidade dos cidadáns valora o seu aspecto físico, lle presta atención, pensa sobre el, lle preocupa e procura modificalo activamente” (2015, p. 138).

En relación a este asunto Moreno atopa tres tipos de crenzas que estarían á base do que denomina “ideoloxías sobre los trastornos alimentarios” (2010, p. 51):

- A crenza na existencia dun só mercado corporal ao que non afectarían: a clase social, a fase do ciclo vital, ou as opcións de vida que as persoas vaian tomando.
- Aínda existindo un modelo concreto cada individuo faría unha retradución persoal en función do seu “diagnóstico” corporal.
- Ao converterse o corpo na modernidade no campo de batalla da súa propia construción pódese crer que esta non presenta límite algún. Fronte a isto Moreno sinala que o devandito campo de batalla pode trasladar a confrontación á percepción que bascularía entre a maximización do problema do corpo e a “crenza de que o mesmo é unha exaxeración cultivada polos profesionais ansiosos por ler en clave de patoloxía a vida cotiá”(Moreno, 2010, p. 52).

Na súa investigación Moreno (2010) conclúe que a posición social do individuo determina de semellante maneira a súa percepción que no caso dos TCA que “O corpo como espazo posible dun proxecto de construción persoal queda ausente do discurso” (2010, p. 119). Moreno (2010) detecta á resistencia da influencia dos discursos no ámbito simbólico do corpo en determinados sectores de poboación:

- Nos homes, especialmente se están casados. Dándose ademais o caso de que “Entre os homes, conforme descendemos socialmente aumenta o número de casos en que as persoas se consideran normais”(Moreno, 2010, p. 131).
- Nas persoas de idade avanzada (70 anos).
- Nas persoas cuxa percepción bascula cara a consideración material do corpo (a solidez do corpo dificultaría a súa modificación).
- Nas persoas do hábitat urbano.

Fronte ao recollido na anterior enumeración, o sector social máis proclives á influencia sobre a súa percepción corporal serían (Moreno (2010): as mulleres de mediana idade, do redor dos 45 anos, que residen en pequenas localidades (de menos de 5000 habitantes). En xeral, segundo Moreno (2010) as mulleres mostrarían unha maior tendencia a mostrar percepcións de ter un peso superior ao normal.

7.2. A MORALIZACIÓN: AS SOCIEDADES OBESOGÉNCIAS E LIPOFÓBICAS

Unhas das expresións máis repetidas na literatura científica para describir os TCA sería a de definilos como unha epidemia das sociedades contemporáneas (Gordon, 1994; Malson, 1998). Isto prodúcese de maneira paralela á consideración das sociedades actuais como sociedades que sofren a epidemia da obesidade (Vigarello, 2011). A raíz disto diferentes autores veñen utilizando o termo *lipofobia* (Fischler, 1995; Gracia-Arnáiz, 2015; Saguy e Ward, 2011) para describir a situación actual de odio á graxa, o temor a engordar producido polo proceso de medicalización do corpo e da alimentación. A *lipofobia* sería un fenómeno relativamente recente, Gracia-Arnáiz dinos que

A gordura foi benvida, e o é aínda, en numerosas sociedades. A glotonería e os atracóns poden ser unha práctica socialmente aceptada e mesmo valorada que, ademais, non todo o mundo pode permitirse. Nos contextos onde os períodos de escaseza alimentaria non son inusuais as persoas corpulentas tiveron máis probabilidades de sobrevivir. Mentres que estar delgado asociouse a enfermidades temibles, estar gordo denotou status e, a miúdo, beleza e atractivo sexual (2015, p. 191).

Que procesos trouxéronnos ata aquí? O certo é que algún especialista (Vigarello, 2011) estudando a obesidade, sinalou que os imaxinarios da mesma sempre foron paradóxicos. Na Idade Media Vigarello distingue “entre dúas miradas posibles. Por unha banda, atópase a gordura que impón a súa masa e provoca un respecto inmediato, a que brinda distinción e santidad. E, por outra banda, a gordura que abotarga pola súa pesadez, a que produce a molicie e a debilidade” (Vigarello, 2011, p. 36). Así existiría un imaxinario social da gordura, sempre que non impida a mobilidade da persoa, característica das clases altas. A nobreza e a aristocracia, eran os estamentos sociais que disfrutaban de suficiente nivel económico como para poder permitirse manter un certo lecer e un alto nivel de inxesta alimentaria; o que conxuntamente podía producir o excesivo aumento de peso.

Pero a partir de finais do século XII e inicios do XIII prodúcense dous fenómenos relevantes. A partir dese momento vai aumentar o labor pastoral dos monxes que antes vivían máis pechados nas súas abadías. Por outra banda, o crecemento das cidades modificou a sociabilidade, e facilitou a propia prédica, que se vería tamén apoiada por fenómenos como o dos monxes mendicantes (Vigarello, 2011). Hai que controlar o apetito de alimentos así como o apetito sexual, a abstinencia e a moderación, pode protexernos da caída no pecado. De feito, non se pode esquecer que a gula foi clasificada como un dos pecados capitais. Como sinala Coveney (2006) as prácticas cristiás reordenáanse ao redor dos hábitos alimentarios, o exame de conciencia, a confesión e a penitencia. O propio alimento neste sentido é un elemento ambivalente: é un regalo de deus e como tal debe ser considerado; ademais de ser utilizado como instrumento de mortificación do corpo e loor á divindade a través do xaxún; pero ao mesmo tempo, leva aparelladas grandes oportunidades de caer no pecado: o alimento como algo externo que podía contaminar o corpo.

A gordura participaba no canon de beleza do momento. Vigarello (2011) cita algúns exemplos extractados dos romances da época na que se fala de “gordas e tenras e belas” (Vigarello, 2011, p. 26); e de cómo no *Romance da rosa* cítase a unha “doncela feminina e fermosa (que é) bastante gorda” (*Idem*, p. 26).

Pero como di Vigarello (2011) a gordura estivo presente ata o século XV no discurso pero estivo ausente practicamente da representación iconográfica. Mesmo algún persoeiro histórico do que se teñen multitude de noticias da súa corpulencia como Guillermo o Conquistador era representado sen esta característica. A gordura na imaxe soía reducirse á representación dun ventre redondeado, pero non adoitaba representarse no resto do corpo. A obesidade era artellada arredores da distinción popular/distinguido (Vigarello, 2011). Era pois unha diferenciación social á que se comezan a asignar significados morais, pero que irá escorando cara á esfera moral cada vez máis en épocas posteriores. Ao mesmo tempo atopamos un discurso médico aínda vago e sen concreción, e dun baixo nivel de influencia (Vigarello, 2011).

No *Renacemento* atopamos unha revalorización da posibilidade da actividade. No século XVI introdúcese a crítica do pesado, do enorme, da preguiza. Pero sen esquecer que tamén se critica a delgadez, o obxecto de busca é o equilibrio (Vigarello, 2011). Ese equilibrio que se intenta recuperar a partir do canón clásico que se establecera en Grecia facía séculos. É o home de Vitrubio, que Leonardo eleva a canon clásico a través da resolución do problema da cuadratura do círculo, o canon da perfección a través do equilibrio da proporción áurea. Leonardo, en realidade recupera o canon clásico da estatuaría grega que definira a proporción entre o corpo e a cabeza en 7 a 1. Pero como exemplifican Raich, Sánchez Carracedo e López Guimerà (2008) aínda que a *Venus*

de Milo cumpre os requisitos do devandito canon de beleza e equilibrio, non cumpriría os do canon actual xa que a citada estatua necesitaría un talle 42. E este tipo de consideracións manteranse ao longo da historia. Na literatura consultada cítanse a Marilyn Monroe e Sofía Loren coma exemplos do canon de beleza dos anos sesenta (Raich, Sánchez Carracedo e López Guimerà, 2008; Toro, 2015). Debe recordarse que Marilyn respondía ao canon do famoso 90-60-90, pero, en realidade, Marilyn usaba unha 44 (Raich, Sánchez Carracedo e López Guimerà, 2008). É así que a famosa tripla cifra segue a estar inserta no imaxinario popular o certo é que non responde nin de preto ás medidas das supermodelos e modelos de publicidade da actualidade; o que relegaría hoxe en día a figuras como as dúas actrices citadas a ser “vistas como mulleres rellenitas, baixas, pouco musculosas” (Raich, Sánchez Carracedo e López Guimerà, 2008, p. 34).

Aínda así, no Renacemento, preferíase a gordura á delgadez. A delgadez coa súa eliminación da graxa impedía alcanzar o equilibrio que era o criterio de beleza. Ademais a delgadez ía unida á clásica tipoloxía dos melancólicos que describira o modelo humoral (Vigarelo, 2011). Nesta época abundan os gravados que reflicten distintas alegorías da melancolía. Esta emoción xa fóra sinalada por Aristóteles no archifamoso problema nº 1 na Sección XXX dos seus *Problemas* (trad. en 2004) como posible causa de doenza mental. A propia etimoloxía de melancolía remite a *mélas* (negro) e *kholê* (bilis) (Gil, 2015). O predominio da bilis negra fai que as persoas se volvan inestables pero, ao mesmo tempo as converte en persoas capaces de grandes obras de carácter intelectual ou artístico. Este tipo de vinculación entre a melancolía e a xenialidade foi recollida por Cicerón e a través del pasada a toda a cultura occidental (Séneca→Plutarco→Galeno→Marsilio Ficino→Montaigne). Ata ser sancionado por Diderot a través da súa inclusión na *Enciclopedia* cando, por outra banda, era algo xa instalado na cultura popular do momento (Phillipe, 1998). Este vínculo mesmo chega ata a actualidade na que algunha especialista relaciona o alto coeficiente intelectual cunha estrutura de personalidade que xera dificultades emocionais que afectan ás pautas de funcionamento das persoas na súa vida cotiá (Siaud-Facchin, 2017).

Este proceso remataría ca propia melancolía deglutida pola medicina xa que,

Dentro do proceso de medicalización e medicamentación da vida cotiá, a xente aprendeu a denominar como “depresión” a maior parte dos problemas da vida (frustracións, decepcións, agobios, falta de felicidade), de maneira que rebaixáronse os umbrais de aceptación do “malestar” e perdeuse a capacidade de afrontar con normalidade as vicisitudes da vida (Pérez Álvarez, 2012, p. 214).

A iconografía por fin empeza a reflectir corpos grandes, graxentos, con ansias de realidade e de implantación no espazo (Vigarelo, 2011). Non hai máis que recordar algunhas das figuras pintadas por O Bosco. E como non mencionar os corpos pintados por Rubens. Para acabar recordando o epítome de *As tres Gracias*.

Como adoita pasar na historia a este momento de desmesura e falta de medida segue a época da contención dos corpos. Esta contención producírase a dous niveis: a nivel físico ca sistematización a partir do século XVI e XVII dos sistemas físicos de contención do corpo feminino: os corsés, os corpiños, os refaixos, etc; e a nivel social agroman as primeiras dietas a partir do imaxinario humoral seco. A graxa vincúlase ao líquido. A dieta debe levarse a cabo ca inxesta de carne, alimentos astrinxentes; evitándose, pola contra, as aves típicas de climas chuviosos ou con augas estancadas, así como legumes ou cítricos que conteñan moito líquido (Vigarelo, 2011).

A construción contemporánea da obesidade daría os seus primeiros pasos na Ilustración. É nesta época cando se individualiza a consideración da gordura. Haberá tantas gorduras coma individuos. A obesidade pasa a ser un obxecto da mirada: “Este traballo da mirada transformou a percepción: creáronse alertas e sinaláronse gorduras que non existían, as inquietudes desprazáronse, a mirada aguzouse” (Vigarelo, 2011, p. 127).

Estamos no momento en que a ciencia está establecendo as medidas de lonxitude, peso, etc. Isto axudou ao establecemento de dous universos simbólicos, que por desgraza conviven con nós aínda hoxe. Estes dous universos concretaríanse en particular en “dous umbrais de “aceptación” da gordura. Cara 1780, a *Galerie des modes* subliña unha considerable redución do talle feminino e unha maior liberdade do volume masculino: a lixeireza das mulleres opónse á densidade dos homes”(Vigarello, 2011, p. 140). O modelo masculino comeza a establecerse a partir de criterios máis permisivos, a eles permíteselles certo volume corporal, mesmo estar rollizos; elas, pola contra, deben mostrar talles estilizados, mesmo esaxerados polo uso dos corsés.

Neste momento nace a obesidade. O primeiro uso en francés localízase na segunda edición de 1701 do *Diccionario* de Antoine Furetière, cando na primeira edición de 1690 non se recollía o termo (Vigarello, 2011). A palabra é comentada nas entradas médicas do *Diccionario*. Prodúcese o cambio necesario para que se inicie o proceso de medicalización xa que “a gordura xa non é un simple exceso cuantitativo que deber previr a sobriedade, senón que é unha desorde, unha degradación interna que ten progresións de determinacións de seu” (Vigarello, 2011, p. 146). Pouco tempo despois atopamos na *Enciclopedia* a obesidade contemplada coma un termo médico (Vigarello, 2011).

Co paso do tempo introdúcese unha lóxica racionalizadora e de novo de tipo calculativo (Vigarello, 2011). O século XIX ten que pesar a obesidade, medila, etc. hai que reduci-la todo a cifras. Isto fará que o mundo burgués denoste o ventre abultado e se de un paso máis ca sanción do prototipo romántico.

No *Romanticismo* as solapas alcanzan tamaños imposibles, os homes debían levar cintos que lles ceñiran a cintura, imponse o uso de chalecos, etc. O criterio a alcanzar é a xuventude chea de forza e encarnada nun corpo espigado. No caso das mulleres establécese o paradigma da fragilidade, moitas veces vinculado a unha aparencia enfermiza. A palidez da pel, promovida polo uso de distintos cosméticos; e do coidado para non expoñerse ao sol. Os valores dominantes son a delicadeza, a pasividade (Vigarello, 2011). O imaxinario do suxeito no Romanticismo podería resumirse dicindo que

Todo é pesadume, unha sorte de soidade metafísica, abismal, fronte a un mundo estrañado, estrañado máis que estraño, por suxerir que un atópase fóra de lugar no seu propio mundo familiar, estranxeiro sen patria (...). O que queda como remedio (...) é disfrutar o pesadume, é dicir, converter a tristeza en forma de vida e recrearse na melancolía, pois, como se sabe, a melancolía é a alegría da tristeza (Pérez Álvarez, 2012, p. 206).

Como sinala Lama (2017) no século XIX prodúcese a introdución da enfermidade no imaxinario social da muller. De feito, Lama explica na súa biografía da poetisa Rosalía de Castro como o seu home, o intelectual e escritor Manuel Murguía, levou a cabo toda unha campaña para modelar e mellorar a imaxe da súa dona. Parte desta manipulación de imaxe consistiría en forzar a consideración de Rosalía como unha persoa enferma, triste e inactiva dada a vinculación deste tipo de perfil con escritoras famosas daquela época. Lama matiza que “Hai diversas probas da fráxil saúde de Rosalía, comezando polas súas cartas, pero con relatos coma este esperta a sospeita de que Murguía empeza a desenvolver unha retórica da enfermidade un tanto esaxerada, no camiño de construción do mito de Rosalía como ser “sufrinte”, metáfora do propio pobo galego”(Lama, 2017, pp. 291-292). Así nunha ocasión Lama apunta a que “esa enfermidade de que fala Murguía, que os obrigou a regresar [a Galicia dende Madrid], máis ben parece unha metáfora do embarazo”(2017, p. 292). Pereira abunda nesta mesma idea sinalando que “Hoxe sabemos que foi o propio marido quen actuou en toda ocasión como filtro, e quen moito contribuíu a esta imaxe melancólica dunha muller sumida a miúdo na tristeza e na dor, eliminando das súas obras todo aquilo que puidese rompela”(2014, p. 38). E débese lembrar, por outra banda, o interese de dúas das fillas da escritora en que se mudase a imaxe de Rosalía como unha persoa triste e pasiva, cando segundo ámbalas

dúas sempre fóra unha persoa chea de ledicia, alegre e simpática (Lama, 2017). Sería interesante poder detectar outros casos de manipulación da imaxe dunha muller para que esta puidese encaixar no molde do rol e o imaxinario social do momento en que lle tocou vivir. De feito, a manipulación da imaxe de Rosalía non se reduce soamente ao seu carácter e fragilidade, senón que se levou a cabo mesmo ca súa iconografía. Esta manipulación chegou a tal grao que só nos últimos anos ven de reclamarse a volta á verdadeira imaxe da poetisa. Xa que a iconografía tradicional estaría totalmente dominada por dúas imaxes, sendo unha delas un debuxo ao carbón feito por Antonio Portela, datado en 1902, feito a partir dunha fotografía de Luis Sellier, que a poboación soe crer que é unha fotografía, e que mostra unha Rosalía no último tramo da súa vida, cando o seu corpo xa estaba afectado polo cancro que a levaría á morte (Pereira, 2014). Esta será a imaxe utilizada por José Pérez López-Villamil para ilustrar unha conferencia ditada nun curso de verán en Vigo no que o citado psiquiatra analizaba a personalidade enferma de Rosalía; recollendo asemade o tópico da imaxe masculina da poetisa que xa mencionaran Salvador de Madariaga, Carballo Calero e Otero Pedrayo. Todo isto convence a Villamil da personalidade psicopática de Rosalía (Pereira, 2014). De feito esta situación alcanza a actualidade xa que, levouse a cabo unha proba deste tipo de asertos e colléronse varias imaxes de Rosalía (algunhas tradicionais, é dicir, cando estaba enferma e outras da súa adolescencia e mocidade); mostráronse as imaxes a persoas galegas que sabían quen era a poetisa galega, e que viran a súa imaxe en moitas ocasións pero en ningún caso, ningunha das persoas foi capaz de identificar as fotografías da escritora antes de ser afectada polo cancro.

Non só se uniu a muller á enfermidade. Senón que este vínculo en ocasións fíxose ca doenza mental (Appignanesi, 2009; Chesler, 1972; Ussher, 1991). Xeralizándose na literatura e na ópera do século XIX as chamadas *Esceas da loucura*. Esceas nas que unha muller atormentada polas circunstancias e/ou un amor imposible caía nas redes da loucura. Así sucede no *Hamlet* de Ambroise Thomas (*Á vos jeux...Partagez-vous mes fleurs...Et maintenant, écoutez ma chanson*), no *Il Pirata* de Bellini (*Oh! S'io potessi...Col sorriso d'innocenza*), na *Anna Bolena* de Donizetti (*Piangete voi?...Al dolce guidame castel natio*) ou na *Luccia di Lammermoor* do compositor (*Il dolce suono...Ardon gl'icensi*).

Unha vez rematado o proceso de estandarización dos modelos e medidas existían parámetros para que a ciencia médica fixase a u-topía a alcanzar por parte de cadaquén. Xorden as primeiras terapias para tratar ás pacientes que padecían obesidade: a queima das calorías, os balnearios, etc.

Todo está preparado para dar comezo a desesperada e absurda carreira da sociedade contemporánea cara o martirio. Vigarello escribe que cara os inicios do século XX prodúcese un desprazamento de dous estigmas:

O gordo é en primeiro lugar alguén que “elude”, que rexeita a delgadez, que despreza esforzarse en coidar de si mesmo. O seu defecto é o abandono, e a súa responsabilidade, unha falta íntima (...). O fracaso adquire unha nova forma, que reforza non só a xeneralización dos tratamentos, senón tamén o auxilio da psicoloxía (...). O obeso xa non é simplemente un gordo. É, ademais, alguén incapaz de cambiar: unha identidade fracasada (Vigarello, 2011, p. 162).

O imaxinario médico da gordura pretende pois resaltar a responsabilidade individual na causalidade desta situación, esquecendo a variedade de influencias e interaccións: metabólicas, xenéticas e hormonais que poden incidir na obesidade das persoas. Todo isto provoca que se xerase unha percepción da obesidade dentro da ciencia médica, que seguindo a Gracia-Arnáiz (2015), está dominada por interpretacións de carácter moral.

Á hora de falar da obesidade hai que ter en conta esta non é un TCA, xa que non aparece clasificada como tal nin no DSM nin na CIE. A resultas disto non se pode dicir que sexa un trastorno mental. O sorprendente é atopar na literatura artigos que poñan en dúbida este tipo de afirmacións, e que vinculan a obesidade cun xeito trastornado de comer que, en último extremo, pon en solfa a homeostase do corpo (Devlin, 2007). Por outra banda, algúns autores, amparándose no

uso da comida para aliviar os momentos de alta ansiedade que teñen de cando en vez as persoas, plantexan a consideración do trastorno por atracón como un subtipo de obesidade (Devlin, Goldfein e Dobrow, 2003). Pero o certo é que é habitual atopar manuais ou libros sobre os TCA nos que se trata a obesidade sen deixar meridianamente claro que esta non é un trastorno mental (Bruch, 1973). Esta certa ambigüidade reflíctese nos resultados obtidos aos profesionais nesta investigación (ver capítulo 16 e 17).

O certo tamén é que as cifras que alcanzan o sobrepeso e a obesidade no noso país poden resultar preocupantes. O Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad informa de que “a prevalencia da obesidade en adultos alcanza o 16,91% en 2014, manténdose os elevados niveis alcanzados en 2009 (16,0%) e 2011 (17,03%), na liña ascendente dos últimos 25 anos (ENSE 1987-2014) e agora lixeiramente maior en homes que en mulleres”(2016, p. 5). Segundo este mesmo ministerio dende 1987 a obesidade no caso das mulleres duplicouse, e no caso dos homes o problema é aínda maior xa que ascendeu do 7% ao 17,1%; manténdose a prevalencia do sobrepeso nestes mesmos anos estable arredor do 32-35%. En 2014, se se sumasen as cifras de sobrepeso e obesidade alcánzase un 52,7% (situándose os homes no 60,7% e as mulleres no 44,7%).

A graxa no ámbito da medicina segundo Fischler (1995) vaise considerar unha sustancia inútil, tanto que non se considera digna de que se faga investigación sobre ela. A este punto chegaríase a través da traslación dunha serie de procesos sociais ao ámbito simbólico que domina a medicina. Os procesos sociais nos que determinan que agrome a *lipofobia* serían (Fischler, 1995): O papel da técnica na sociedade actual, a división dos roles sexuais e a moderna concepción do individuo e as relacións que ese mantén coa colectividade.

Este autor (Fischler, 1995) sinala o determinante papel das compañías aseguradoras norteamericanas na resignificación da obesidade como factor de risco para a saúde. En 1890 sinálase que a gordura reduce a esperanza de vida das persoas, pero en 1951 dáselle apoio estatístico a esta observación. A Metropolitan Life concluíu que “a obesidade aumentaba de maneira moi espectacular a mortalidade” (Fischler, 1995, p. 307). Pero o problema era que segundo Fischler (1995) a devandita estatística carecía de suficiente rigor metodolóxico: a mostra non era representativa do universo, o rigor da recollida de datos non era o desexable (os pesos facíanse ca roupa e o calzado postos), etc. A tenor de todo isto Fischler conclúe que

Sexa como for, os estudos da Metropolitan Life serviron de base a unha vasta campaña das compañías de seguros para incitar á poboación a perder peso. Os médicos americanos, sometidos a unha intensa campaña, adoptaron facilmente as conclusións e plantexáronse o deber de difundilas e de preconizar o adelgazamento xeralizado (1995, p. 309).

A partir deste momento prodúcese unha serie de procesos que inciden e aumentan a fobia á graxa (Fischler, 1995):

- A criminalización do sucre: este alimento considérase malo en todo momento e todo lugar.
- A criminalización do colesterol: o colesterol é indispensable para a supervivencia do ser humano, forma parte das membranas das células e elabora determinadas hormonas.
- O estigma social asociado á graxa.
- O canon de beleza.
- A xuvenilización da sociedade.

A modo de resume deste capítulo pódese dicir que a obesidade avanzou vertixinosamente dunha situación social, unha característica persoal, a ser considerada un problema médico. A devandita situación médica pasaría, á súa vez, de ser considerada un factor de risco, a unha enfermidade, e mesmo unha epidemia de proporcións globais (Gracia-Arnáiz, 2015).

Así pois nas sociedades occidentais veñen de producirse dous procesos que intersectaron na actual normativización da alimentación: o de medicalización da alimentación e o de moralización da mesma (Gracia-Arnáiz, 2015). Isto produciu a actual normativización dietética que ven de criminalizar á metade da poboación occidental etiquetándoa como obesa. A partir dese momento ponse en marcha todo o imaxinario alimentario dietético vinculando a obesidade a significados de debilidade persoal, falta de vontade das persoas, etc. O que pode provocar que xurda o típico círculo vicioso das chamadas sociedades *obesogénicas*. Mellor non se pode dicir: “Á hora de prescribir dietas de adelgazamiento, numerosos facultativos consideran que os portadores da anomalía –o exceso de graxa- son responsables da súa disfunción: se vostede está obeso é porque come moito ou porque non sabe ou non quere comer ben”(Gracia-Arnáiz, 2015, p. 173).

Deste xeito é necesario ter en conta que polo explicado é posible que o estigma afecte dalgún xeito aos TCA. Estigma que habería que saber se afecta só á poboación en xeral ou pode afectar tamén á percepción que profesionais teñan das persoas afectadas por algún dos trastornos obxecto desta investigación. Diso é precisamente do que tratará o seguinte capítulo deste traballo, que aborda tamén a análise da percepción na sociedade occidental a fin de indagar se este proceso está construído por algún sentido en especial ou se todos os sentidos que usamos as persoas afectan de igual xeito ao resultado que se obtén.





CAPÍTULO 8:

A PERCEPCIÓN E O ESTIGMA

A alimentación agora ten a súa atención médica, discursos científicos e psiquiátricos, un código de prohibicións morais (...) ten as súas perversións e a súa normalidade (...) ten os seus segredos praceres, excesos pecaminosos e rituais sociais.

Lisa Appignanesi (2009)

Neste capítulo vaise analizar a preponderancia que tivo e que ten, a vista como sentido ao que se dota de preeminencia á hora de interpretar o mundo na cultura occidental.

A partir deste punto de partida vaise analizar si o devandito posto de honra do sentido da vista influíu na conformación da mirada médica sobre o corpo, e se puido influír tamén nos procesos sociais que construíron os trastornos da conduta alimentaria e na súa percepción por parte dos/as profesionais.

Todo isto condúcenos a considerar que os procesos sociais artellados arredor da mirada introduciron os trastornos da alimentación na esfera da moral a través de procesos como os de estigmatización. Unha vez as persoas afectadas polos trastornos da conduta alimentaria atópanse etiquetadas polo estigma, é posible que este afecte á percepción que os propios profesionais teñen destas persoas e polo tanto, acabar influíndo nos procesos terapéuticos ou de intervención social que se leven a cabo.

8.1. A PERCEPCIÓN

Os sentidos foron interpretados dende moi cedo na cultura occidental como as canles polas que o ser humano accede á información sobre a realidade (Aristóteles, trad. en 1988b). Agora ben, nas súas orixes supoñíase que a información proporcionada a través dos datos sensoriais correspondíase totalmente ca que se podía atopar na realidade, é dicir, tendíase ao realismo inxenuo típico do sentido común. Máis adiante, sobre todo a partir de Kant, cada vez foi adquirindo máis forza a idea da construción do coñecemento. A partir de aí, podemos dicir que

A percepción non é coincidencia coas cousas, senón interpretación (...). As nosas percepcións sensoriais, encastradas a significados, debuxan os flutuantes límites do entorno no que vivimos e expresan a súa amplitude e sabor. O mundo do home é un mundo de carne, unha construción nacida da súa sensorialidade e pasada pola peneira da súa condición social e cultural, da súa historia persoal, da atención ao medio que o rodea (...) matriz da identidade, o corpo é o filtro mediante o cal o home apropiase da sustancia do mundo e faina súa polo intermedio dos sistemas simbólicos que comparte cos membros da súa comunidade (Le Breton, 2007, p. 12).

Disto pódese colixir, como di Le Breton (2007), que non será a mesma a andaina que pode dar por unha mesma fraga: un paseante de fin de semana, un ornitólogo/a, un cazador/a, un biólogo/a ou un membro do Seprona. Uns verán no seu paseo paxaros dunha especie determinada, outros verán

presas, outros a biodiversidade da zona, outros os posibles indicios de delitos que se atopen no seu camiñar.

Pero, indo un pouco máis alá, Ong (1969) mesmo defendeu que cada sociedade desenvolve unha maneira sensorial de interpretar o mundo. Este devandito “acercamento” sensorial farase dándoselle preeminencia a algún dos sentidos do ser humano, o que, á súa vez, introducirá unha serie de idiosincrasias á hora de formar os imaxinarios sociais e a visión do mundo.

En calquera caso, a preeminencia da vista na cultura occidental ven sendo na literatura científica e no pensamento occidental, case un mantra⁵⁴. Arendt explica que considera todos os conceptos filosóficos como metáforas, que, á súa vez, derivarán para cada unha das actividades mentais que os seres humanos levamos a cabo dun sentido diferente; e a continuación comenta “Así, o pensamento concibiuse en termos visuais desde o nacemento da filosofía formal”(Arendt, 2002, p. 133). Pero o que é máis, para Arendt a vista alcanzou o papel de “metáfora directriz da filosofía”(2002, p. 144), sendo Bergson o primeiro pensador que se aparta deste dominio xa iniciado o século XX. A pensadora achaca o feito de que fose a vista a que alcanzase ese lugar de preponderancia a que os “Nosos sentidos cognitivos, a vista e o oído, gardan máis afinidade coas palabras que os sentidos inferiores (o olfacto, o gusto e o tacto)”(2002, p. 142). Pola súa banda, Zubiri di que a metáfora da luz como signo do pensamento “é consustancial a toda a filosofía grega desde Parménides a Plotino”(Zubiri, 2018, p. 142). A partir deste momento o que é verdadeiramente algo verase cos ollos da intelixencia (Zubiri, 2018).

Havelock dirá que “Entre Homero e Platón empezou a cambiar o método de almacenamento, porque a información foise alfabetizando e paralelamente, o ollo foise substituíndo polo oído no papel de órgano principal utilizado a tal propósito”(2002, p. 11). Segundo este autor, toda a cultura de Grecia arcaica e clásica baseábase na formación (*paideia*) que atopaba as súas fontes no labor dos aedos, que utilizaban as imaxes de tipo visual para reforzar a base mnemotécnica da súa recitación. Havelock dirá que deste xeito potenciábase o uso da imaxinación das persoas que escoitaban os poemas, insistindo en que “As palabras, nese momento, podían xa recordarse por medio da vista, resultando disto un considerable aforro de enerxía psicolóxica” (Havelock, 2002, p. 180). Lledó nunha nota a rodapé da súa versión do *Fedro* platónico explica que “A visión, como acto do máis característico dos sentidos, é un motivo central da cultura grega e, por suposto, de Platón”(Platón, trad. en 1992a, p. 354).

Havelock (2002) asigna a Platón o papel de heraldo da revolución que vai trocar o imperio do oído polo dos ollos⁵⁵. O filósofo ateniense na *República* (Platón, trad en 2013), tanto na alegoría da liña como no mito da caverna, sitúa nun lugar de preferencia ao sol. Un sol que ilumina ou permite “ver” a realidade, a verdadeira realidade segundo Platón. A dicir verdade as referencias que se poden atopar en Platón á preeminencia da vista son múltiples⁵⁶ e están espalladas por toda a súa obra. Como sinala Jay, Platón para falar da actividade intelectual usa a analoxía do ollo e o intelecto, chegando a denominar a este como o “ollo da mente”(Jay, 2007, p. 29). O intelecto do ser humano é capaz de coñecer as ideas (*eidos*) porque comparte co ben -a idea principal- unha certa semellanza. O propio significado orixinal da palabra idea cando a utiliza Platón é a de forma ou aspecto (Grube, 1987).

En calquera caso, non se debe esquecer que a palabra teoría atopa a súa etimoloxía na verba grega *theoría* (Ferrater, 1990), que provén do verbo *theoréo* (mirar ou observar) que acha o seu sentido na actividade dos espectadores/as nos espectáculos deportivos, é dicir, persoas que miraban pero non participaban nos xogos. A partir de aquí cando a observación se fai mentalmente

⁵⁴A listaxe cos nomes dos pensadores/as que sinalan a preeminencia da vista sería moi longa. Pódense sumar aos citados no corpo deste traballo a: Heráclito, *22B 101a* (trad. en 1986), Schiller (2005) etc., e dende un punto de vista crítico a Bergson (1994), Sartre (1993), Nietzsche (1988a, 1988b) e Merleau-Ponty (2010).

⁵⁵Como sinala Jay (2007) un dos poucos autores que criticaría o predominio da vista na Grecia antiga sería Ivins (1964) que lle outorga o papel predominante ao tacto.

⁵⁶Recóllense nesta cita algúns dos principais fragmentos nos que se expón a devandita preeminencia na obra platónica citada a través das edicións princeps: *Fedro* 250d (trad. en 1992a), *Timeo* 47a ss. (trad. en 1992b), *República* VI, 507c ss. (trad. en 2013).

designarase co termo contemplar ou contemplación. E este tipo de actividade tamén pasará á historia do pensamento a través da tradución latina (*speculari*, especular) ou do termo introspección (Coromines, 2008). Temos aquí recollidos parte dos conceptos que se utilizarán ao longo da historia do pensamento para describir, explicar e comprender a actividade conceptual e cognitiva do ser humano derivada a partir de metáforas do sentido da vista.

Aristóteles apunta en varias das súas obras a preeminencia que lle concede ao sentido da vista. En *Acerca da sensación* (trad. en 1987a), pequeno opúsculo que forma parte dos chamados *Parva naturalia*, di da vista que é o sentido máis útil para a satisfacción das necesidades; chegando a afirmar que dada a xerarquía que ten respecto ao oído “os cegos son máis intelixentes que os xordomudos”(Aristóteles, trad. en 1987a, p. 186). En *Acerca da xeneración e corrupción* (trad. 1987a) matiza que a vista tamén tería prioridade sobre o tacto. O filósofo da comezo á *Metafísica* indicando que o ser humano estima todos os sentidos, pero o da vista é apreciado e preferido a todos os demais xa que este sería “o que nos fai coñecer máis, e móstranos moitas diferenzas”(Aristóteles, trad. en 1987b, p. 2); sendo o principal medio polo que o ser humano percibe os sensibles comúns (o tamaño, a figura, o movemento e o número). Concluindo que “a vista é o sentido por excelencia”(trad. en 1988b, p. 229).

Esta valoración preeminente do sentido da vista transmitírase a través de todo o pensamento occidental. Descartes adica *A Dióptrica* (1981), un dos seus opúsculos, ao sentido da vista ao que o pensador francés asigna nesta obra, o papel predominante dentro da panoplia dos sentidos do ser humano; nesta obriña fala da descrición das lentes e a forma de tallalas. No século XVII todo este interese pola vista derivará nunha serie de descubrimentos e inventos: o nacemento da óptica, o invento do microscopio e do telescopio, etc. Spinoza (é ben sabido que debido as tribulacións que pasou ao longo da súa vida, e aos problemas que tivo pola heterodoxia do seu pensamento), viviu de pulir lentes; Kepler e Galileo construían telescopios para observar os planetas e estudaban as leis da óptica, o que tamén facía o neerlandés Christiaan Huygens, Isaac Newton e un longo etcétera de científicos e pensadores desta época.

Algo máis adiante Kant considerará a vista como o sentido máis indispensable -a non ser o oído-, e o sentido máis nobre, xa que argumenta que é o sentido que queda máis afastado do tacto, que sería o sentido que proporciona as percepcións máis limitadas, e que non precisa da afectación ou contacto do órgano receptor sendo o sentido que “máis se acerca a unha *intuición pura*⁵⁷ (á representación inmediata do obxecto dado sen mestura de sensación que se note)”(Kant, 1991, p. 56).

A pesar do comentado, Ong (1993) sostén que ata a aparición da escritura, e a súa xeneralización a través da imprenta, as culturas estaban inmersas na preponderancia do oído, xa que eran as culturas da oralidade. As culturas do manuscrito eran principalmente orais, coa aparición da imprenta vanse ir producindo moi a modio unha serie de cambios: pasará a lerse en voz baixa, a escritura será máis doada de ler, a memoria debilitarase debido á menor necesidade de exercela, e mesmo adquirirá mala prensa, a escrita adquire maior forza que a palabra transmitida oralmente etc. Ong (1993) considera que estes cambios serán os que influen, e apoian, o proceso de aparición da individualidade a partir do Renacemento. Ong conclúe que: “o xiro da linguaxe oral á escrita é en esencia un cambio do son ao espazo visual (...). Co tempo (...) a impresión substituíu o persistente predominio do oído no mundo do pensamento e a expresión co predominio da vista”(1993, pp. 117-118).

Pola súa banda, McLuhan (1993) argumenta que esta hexemonía da vista produciu unha expansión do corpo, como xa se defendera dende o eido da antropoloxía (White, 1988) no sentido de que o ser humano deu en facer cousas que levaba a cabo antes co seu corpo mediante artefactos e ferramentas do que colixe que se alcanza a “dilatación tecnolóxica do ollo e do oído”(McLuhan,

⁵⁷En bastardilla no orixinal.

1993, p. 44). Serían as mediacións tecnolóxicas usadas polo ser humano as que determinan as mensaxes (é dicir, os contidos) que se transmiten.

En calquera caso Le Breton (2007), dentro deste proceso de entronización da vista asigna un lugar relevante ao desenvolvemento da mirada médica arrastrada pola progresiva evolución da anatomía. Proceso que aumenta de intensidade nos séculos XIX e XX, tomando corpo na imaxe. Esa imaxe que como di o refrán vale máis que mil palabras e que se converte en elemento mediador.

Todo o explicado nos parágrafos precedentes configurarían a base dunha sociedade oculocéntrica (Jay, 2007). Pero será no século XX cando aparezan voces que se elevan para criticar este predominio da vista e das súas consecuencias. Heidegger (2012) e Merleau-Ponty (1993, 2010) farano desde o campo da filosofía, debido á configuración do ser como mera presenza (*parousía*), ou da posibilidade de tematizar a comunicación como estrutura transparente na que o observador e o observado se funden nun espazo que está dominado polo anonimato. Neste sentido Heidegger dirá que

O fenómeno fundamental da Idade Moderna é a conquista do mundo como imaxe. A palabra imaxe significa agora a configuración da produción representadora. Nela o home loita por alcanzar a posición en que poida chegar a ser aquel ente que da a medida a todo ente e pon todas as normas. Como esa posición asegúrase, estrutura e expresa como visión do mundo a moderna relación co ente convértese, no seu despregamento decisivo, nunha confrontación de diferentes visións do mundo moi concretas (1995, p. 92).

Para o filósofo alemán “a videncia pode ir da man coa discreta serenidade do recollemento corporal” (Heidegger, 1995, p. 314), sendo así que “Para o vidente todo o presente e o ausente está reunido nunha presenza e resgardado nela (...). O vidente é aquel que xa viu o todo do presente na presenza” (*Idem*, pp. 314-315). Como dirá a continuación a visión ten o seu fundamento no feito de que a presenza ilumínase a través do claro (*Lichtung*), que permite, á súa vez, a apertura.

Na posmodernidade xorde tamén a análise levada a cabo por Foucault (1988) a partir dos efectos normalizadores e disciplinadores da mirada. Efectos que serán utilizados para alcanzar a obxectivación e dominio dos corpos por parte da profesión médica (Foucault, 2007b). O modelo de uso da mirada como ferramenta de control e de castigo proposto por Bentham (1989), e retomado por Foucault (1988), foi aplicado principalmente para o deseño de cárceres, pero tamén para planificar hospitais. O modelo baséase na posibilidade de que os vixiantes, ou o persoal médico, poidan ver continuamente aos presos e pacientes sen que estes sexan conscientes da mirada continua e constante. Este modelo pódese considerar que foi herdado pola sociedade da comunicación que potencia un modelo de comunicacións en internet no que se ceden os datos persoais a grandes empresas, ou mesmo aos gobernos. Estas organizacións poden espiar as comunicacións privadas en todo momento e en todo intre mediante o uso de grandes supercomputadoras, e o novedoso sistema dos *Big data*. O Gran Irmán acaba de nacer. Como pode afectar isto á identidade das persoas? Que é o público e o privado? Nun mundo en que parece ser real só o que aparece no perfil de *Facebook* ou dalgunha outra rede social está clara a redefinición do espazo da privacidade, o que, á súa vez, fai plantexarse a redefinición da identidade das persoas.

Pero indo máis alá a metáfora da vista impregna a sociedade non só nos eidos do pensamento ou académicos (ver anexo II), se se repasan as frases feitas, refráns ou modismos que utilizamos na vida diaria atopamos que moitos deles usan esta analoxía: comer cos ollos, mal de ollo, que te mire un chosco, estar ben/mal visto, os ollos como fiestras da alma, ver a palla no ollo alleo e non a trabe no propio, ollos que non ven corazón que non sente, onde poño o ollo poño a bala, cría corvos e sacaranche os ollos, dichosos os ollos que che ven, a beleza está nos ollos do que mira, non hai peor cego que o que non quere ver, facer a vista gorda, ollo por ollo e dente por dente, facer as cousas a ollo de bon cubero, etc. E tamén podemos atopar tematizada a metáfora na historia da literatura: O *Edipo rei* de Sófocles (trad. en 2006), no que atopamos un home ao que un clarividente cego

chamado Tiresias o avisa do seu futuro, pois é el o que pode velo. Un home que tras caer na conta de que o que lle avanzou Tiresias é certo decide someterse ao peor castigo: a perda da vista (ou será a perda da razón?). Sobre isto Foucault argumentou nunha conferencia que “Edipo é o home que non cesa de dicir: “Eu inquirín e como ninguén foi capaz de dar-me información abrín ollos e oídos, eu vin”. Utiliza frecuentemente o verbo οἶδα, que significa ao mesmo tempo saber e ver. Οἶδιναι é aquel que é capaz de ver e saber. Edipo é o home que ve, o home da mirada, e o será ata a fin”(2005b, p. 57). Ou *O rei Lear* (1994) onde Shakespeare fai un xogo de espellos entre a cegueira e a loucura. O propio rei acompañado do personaxe tolo é un dos personaxes máis clarividentes da obra. A pregunta sería, é posible que os/as profesionais “suspendan” esta preeminencia da vista?, e de non ser posible, exerce algunha influencia nos tratamentos e intervencións coas persoas con TCA?

8.2. O ESTIGMA

Encabézase un dos estudos clásicos sobre o estigma con estas palabras

Os gregos, que aparentemente sabían moito dos medios visuais, crearon o termo estigma para referirse a signos corporais cos cales intentábase exhibir algo malo e pouco habitual no status moral de quen os presentaba. Os signos consistían en cortes ou queimaduras no corpo, e advertían que o portador era un escravo, un criminal ou un traidor -unha persoa corrupta, ritualmente deshonrada, a quen debía evitarse, especialmente en lugares públicos (Goffman, 2012, p. 13).

O estigma, pois, nos seus inicios asumía a forma dunha marca que presentaba o corpo de alguén e que vinculaba á persoa que o portaba a un universo simbólico de carácter negativo. O estigma anunciaba que a persoa demostraba unha conduta non usual ou moralmente reprochable.

Isto permite establecer unha distinción e diferenza cara á persoa estigmatizada, o que, á súa vez, permite desacreditar ao devandito individuo. En resumo, podemos dicir que o estigma pode considerarse un atributo que desacredita a quen o mostra. O estigma é posuído por persoas arredor das cales “construímos unha teoría do estigma, unha ideoloxía para explicar a súa inferioridade e dar conta do perigo que representa esa persoa, racionalizando ás veces unha animosidade que se basea noutras diferenzas”(Goffman, 2012, p.17).

Goffman (2012) distinguiría tres tipos de estigmas:

- Os físicos: que toman forma no corpo a través das deformacións ou deficiencias que pode presentar este.
- Os do carácter: que se encarnan na personalidade da persoa estigmatizada, as súas crenzas ou condutas.
- Os tribais: que Goffman (2012) exemplifica na raza, nación ou relixión.

A primeira tipoloxía pode afectar a persoas con determinados diagnósticos de TCA, xa que, se ben as persoas que sofren bulimia e TA non adoitan presentar importantes perdas de peso, no caso da anorexia os/as doentes si soen padecer en determinadas fases da enfermidade grandes baixadas de peso. Isto pode converterse na “marca” que incorpore o estigma a través da imaxe que percibimos das persoas. Por outra banda, como se verá nos resultados desta investigación ás persoas que teñen un diagnóstico de TCA se lle asignan unha serie de características de personalidade e/ou carácter que poden facilitar ou reforzar o estigma (ver capítulos 15 e 17). Por exemplo, os suxeitos entrevistados perciben as persoas con este tipo de trastornos como: inseguras, perfeccionistas, controladoras, etc.

A definición de estigma de Goffman encaixaría ca que Pescosolido e Martin (2015) matizan dicindo que o estigma asume a forma dunha marca, condición, ou status que é susceptible de ser utilizado para desacreditar, devaluar e/ou discriminar a un suxeito ou grupo social. Estes autores

(Pescosolido e Martin, 2015) propoñen ademais a modificación terminolóxica do terceiro tipo de estigma goffmaniano para modernizalo denominándoo como estigma polo status.

Dentro dos requisitos para a comprensión e concepción do status Goffman (2012) engade tres requisitos adicionais. Para Goffman o estigma debe por en marcha aspectos tanxibles e intanxibles. Entran no taboleiro de xogo aspectos como: nivel económico, características físicas, crenzas, estereotipos, prexuízos, etc. O estigma debe ser considerado un concepto de carácter relacional, xa que se vehicula a través do proceso de estigmatización que se entende como o proceso social a través do cal vense afectadas as vidas das persoas e grupos estigmatizados. E, por último, os estigmas toman forma, e van modificándose, dentro de culturas particulares e en contextos sociais concretos.

Pouco despois de que se publicase o clásico de Goffman (2012) sobre o estigma, Scheff (1970) aplicará as súas conclusións ao eido da doenza mental. Scheff (1970) partirá dunha concepción da enfermidade mental como unha metáfora médica que o que provoca, en primeiro lugar, é a consideración do trastorno concreto como algo individual, esquecendo, polo tanto, as dimensións sociais deste fenómeno. Así a primeira tarefa que se propón este autor é atopar os conceptos axeitados que permitan analizar os síntomas psiquiátricos. En concreto os atopa na desviación social e a simple transgresión das regras. Scheff (1970) advirte das dificultades de modificar parte destes significados, e como se verá a investigación dalle a razón, debido a que están sometidos a un proceso de reforzo continuo por parte de diferentes fontes: os individuos, os medios de comunicación, etc. O que se complica tamén debido ao feito de que serían estereotipos funcionais, ocupados de manter e reforzar a orde social.

Link e Phelan (2001) recollen parte das ideas de Goffman nun intento de esquivar as críticas ao concepto de estigma por ser excesivamente vago e centrado nos individuos e non nos procesos sociais. Estes autores informan (Link e Phelan, 2001) de que o estigma implicaría:

- A etiquetaxe (*labelling*) das persoas: o estigma utiliza determinadas características dalgunhas persoas (o color da súa pel, o seu sexo, a súa relixión, etc.), para diferencialas do resto da sociedade.
- As diferenzas establecidas son aproveitadas para asignalas a atributos de carácter negativo. É dicir, como din Link e Phelan (2001) as etiquetas son vencelladas a estereotipos. Estereotipos, que como dixera Goffman (2012) poden deteriorar a identidade social das persoas.
- A diferenza establecida asume a forma da separación de dous grupos, un seríamos “nós” e o outro serían “eles”. Podemos atopar na historia múltiples exemplos desta dinámica: os atenienses *versus* os espartanos durante as guerras do Peloponeso, os xudeus *versus* os alemáns durante a Segunda Guerra Mundial, os brancos *versus* os negros durante o século XIX, etc. Créase un inimigo ao que se asignan os significados de carácter negativo. Aínda que, como din os autores dos que nos vimos ocupando, este tipo de procesos poden producirse de maneiras máis insidiosas, xa que “Unha persoa *ten* cancro, un ataque ao corazón, ou a gripe (...). Pero unha persoa *é* un “esquizofrénico”⁵⁸”(Link e Phelan, 2001, p. 370).
- Chegado este punto prodúcese unha perda de status e discriminación das persoas.
- En definitiva, o proceso de estigmatización pode provocar que determinados grupos sociais véxanse afectados por actitudes de rexeitamento e exclusión.

Dende o punto de vista da MHL as actitudes da poboación en xeral adoitan conlevar consecuencias negativas para as persoas que son diagnosticadas dalgunha doenza mental. En concreto sinalan que a xente soe asignar ás persoas con enfermidade mental (Reavley e Jorm, 2011):

⁵⁸En cursiva no orixinal.

- A discriminación: adoitan asignarse significados negativos á persoa con enfermidade mental que soen acabar provocando que se reducen as oportunidades sociais da persoa estigmatizada, afectando ao exercicio dos dereitos sociais desas persoas.
- A distancia social: as persoas soen sentir desexos de estar lonxe das persoas con enfermidade mental, ou cando menos non ter contacto coas mesmas.
- A perigosidade: o desexo de manterse lonxe destas persoas, en parte ven provocado polo feito de que se considera que poden ser persoas que levan a cabo condutas perigosas.
- A impredecibilidade: a todo isto únese que as persoas con trastornos mentais teñen unha conduta moi impredecible, que varía moi rapidamente. O que reforza a idea da perigosidade, e en definitiva, o desexo de manter a distancia social.

Serán estas características que sinala a MHL as que se utilizaron para o deseño dos cuestionarios utilizados para a realización da enquisa que forma parte da presente investigación (ver anexo I e táboa 29).

Casco, Natera e Herrejón (1987) a resultados da súa investigación, feita a través da revisión de 58 investigacións levadas a cabo entre 1946 e 1985 sobre a percepción e actitudes que se teñen das persoas con doenza mental, sinalan que o rexeitamento destas persoas estaría influenciado por:

- A percepción destas persoas como agresivas.
- A impredecibilidade asignada ás mesmas.
- A irresponsabilidade que se considera que mostran.
- Determinadas variables sociodemográficas: nivel de educación, xerarquía ocupacional e a idade.

Táboa 29: Dimensións do estigma público

Dimensións do estigma	Definición
Distancia social	Desexo de manter distancia interaccional con persoas en condicións desacreditadas e/ou status ou con quen ocupa status estigmatizados.
Prexuízo tradicional	Xuízos preconcebidos desfavorables cara persoas con condicións desacreditadas e/ou status ou con quen ocupa status estigmatizados.
Sentimentos de exclusión	Predisposición a prohibir a persoas en condicións desacreditadas e/ou status, ou con quen ocupa status estigmatizados, participar en roles sociais importantes.
Afectos negativos	Anticipación de reaccións emocionais non placenteras como consecuencia do contacto directo con persoas en condicións desacreditadas e/ou status ou con quen ocupa status estigmatizados.
Estigma do que se somete a tratamento	Crenza de que o coñecemento público de que un individuo recibiu tratamento médico ou psicolóxico por unha condición estigmatizada reduce o status do individuo na comunidade.
Estigma do que desvela á súa doenza	Crenza de que a admisión de ter unha condición e/ou status desacreditable conlevará respostas negativas por parte de membros da súa comunidade.
Percepcións de perigosidade	Temor de que os individuos con persoas en condicións desacreditadas e/ou status, ou con quen ocupa status estigmatizados, é probable que se comporte de xeito violento cara eles mesmos ou cara outros membros da comunidade.

Fonte: Pescosolido, B. A. e Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 116, 87-116.

Era moeda común ata fai pouco a utilización, implícita ou explícita, de modelos de elección racional ou de coerción na investigación da socioloxía médica. É dicir, a poboación usaría o sentido común, e a racionalidade á hora de decidir se necesita atención psiquiátrica ou psicolóxica e como levar a cabo o devandito proceso de busca. Pescosolido, Gardner e Lubell (1998) introducen o concepto de *muddling through*. Este é traducido por Torres como “improvisando a duras penas” (2016, p. 55). O proceso de búsqueda de axuda converteríase non en algo aséptico e racional, senón nun proceso de improvisación enchido de acercamentos, distanciamentos e rodeos aos centros de tratamento. Búsquedas de información que se acumula pero non se compara entre si, convertendo o

proceso nunha búsqueda sen fin. O proceso viría guiado polo temor ao tratamento que produce o estigma asociado á psiquiatría (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve e Pescosolido, 1999).

Esta configuración do proceso de busca de axuda provoca que o acceso á asistencia sanitaria en saúde mental se vexa influída por (Pescosolido e Olafsdottir, 2013):

- As condicións dos individuos e a visión do “sentido común”.
- Debe considerarse un proceso social, non individual.
- Está influído polas condicións culturais, dos estándares do país, e mesmo locais.
- Tamén está influenciado pola estandarización organizacional que se leve a cabo por parte da sistema de prestación da asistencia sanitaria en canto que esta fixa os límites e as posibilidades de acceso.

Neste sentido habería que ter en conta que a investigación que se ven de citar (Pescosolido e Olafsdottir, 2013), recolle entre os seus resultados a comparación de quince países do número de psiquiatras recomendados para o tratamento da esquizofrenia en España. No caso español a duras penas alcánzanse a ratio suxerida de profesionais por número de persoas diagnosticadas.

Por outra banda, hai investigadores/as que viñan sostendo que o modelo médico presentaba como vantaxe que unha vez se entendera por parte da poboación en xeral que a doenza mental ten unha etioloxía biolóxica o estigma típico das enfermidades mentais desaparecería. A argumentación dicía que igual que non se culpabiliza a alguén de ter unha gripe, non se culpabilizaría a alguén que ten unha esquizofrenia, estrés postraumático ou anorexia. O certo é que as investigacións veñen concluíndo que en realidade a adxudicación de causas biolóxicas á doenza mental non reduce o estigma unido a estas (Jorm e Griffin, 2008; Martin, Pescosolido e Tuch, 2000; Read, 2007; Read, Haslam, Sayce e Davies, 2006). Algunhas investigacións ligan a discriminación das persoas con doenza mental a ámbitos educativos e sanitarios (Reavley, Morgan e Jorm, 2017). Jorm, Reavley e Ross conclúen nunha revisión bibliográfica en relación á atribución da perigosidade das persoas con determinados diagnósticos que “As persoas con dependencia a determinadas sustancias crese que son os máis perigosos, seguidos de aqueles con esquizofrenia/psicose, depresión, e despois trastornos de ansiedade e trastornos da alimentación”(2012, p. 1036). Esta última investigación, en realidade, confirma e incide nas conclusións ás que chegaran estes mesmos autores pouco antes (Reavley e Jorm, 2011).

Outra das posibles consecuencias do estigma das persoas con doenza mental é que pode converterse nun lastre aínda máis debilitante, que é máis difícil de “curar”, que a propia enfermidade (Day, Edgren e Eshleman, 2007; Pescosolido e Martin, 2007; Sartorius, 2002; Weiss, Ramakrishna e Somma, 2006).

O que é máis, a pesar das campañas e intervencións feitas por parte dos investigadores/as que dedican os seus esforzos á MHL Pescosolido en 2013 laiábase de que o vencellamento da violencia á doenza mental non diminuíu, senón que mesmo aumentou (Pescosolido, 2013).

As consecuencias que poden sufrir as persoas que sofren algunha doenza mental que están sometidas á influencia do estigma serían:

- Experiencias de estar sometidos a discriminación, rexeitamento por parte da familia, os colegas, o persoal socio-sanitario ou a comunidade en xeral (Chernomas, Clarke e Chisholm, 2000).
- Baixos niveis de calidade de vida e benestar (Markowitz, 1998).
- Estrés duradeiro (Wright, Gronfein e Owens, 2000).
- Baixa autoestima (Penn e Martin, 1998).
- Interferencias no proceso de tratamento dificultándose a recuperación (Markowitz, 2001).
- Perda de dereitos legais (Burton, 1999).
- Discriminacións no proceso médico-asistencial (Bailey, 1998).

- Redución da esperanza de vida (Farnham, Zippel, Tyrell e Chittinanda, 1999).

Nos últimos tempos Pescosolido e Martin (2015) veñen de reclamar unha noción de estigma de carácter complexo que permita abordaxes multinivel (ver táboa 30). Esta concepción do estigma debe explicar: as marcas que o caracterizan, as premisas teóricas que lle dan base, establecer a tipoloxía do estigma, describir o proceso de estigmatización e que se defina como un concepto de carácter transdisciplinar. Esta caracterización respondería ao que estes autores denominan *The Framework Integrating Normative Influences on Stigma* (FINIS).

Táboa 30: Nocións teóricas construídas pola investigación sobre o estigma

Conceptos básicos	
Estigma	Atributo altamente desacreditante: “marca de vergoña”; “marca de opresión”; identidade socialmente deteriorada.
Estigmatización	Proceso social encastrado en relacións sociais que devalúan a través de etiquetas e etiquetaxe (<i>labelling</i>).
Etiquetas (<i>Labels</i>)	Termos sancionados oficialmente aplicados a condicións, individuos, grupos, lugares, organizacións, institucións ou outras entidades sociais.
Estereotipos	Crenzas negativas e actitudes asignadas a entidades etiquetadas socialmente.
Prexuízos	Defensa de crenzas negativas e actitudes en estereotipos.
Discriminación	Condutas que tenden a fixar e reforzar estereotipos, e desvantaxe naqueles etiquetados.
Características do estigma	
Físicas	Do corpo, por exemplo, discapacidades físicas.
Carácter	Indicadores de debilidade moral, p. ex. Criminalidade, doenza mental.
Status	Unha posición na sociedade; a miúdo usada adscrita a características, p. ex. Raza/etnicidade.
Desacreditado	Xa coñecido ou inmediatamente evidente; “marcas” que son visibles ou non cancelables.
Desacreditable	Nin coñecido nin inmediatamente percibido; “marcas” que son invisibles ou cancelables.
Cambiable	Suxeito de intentos de cambio, por parte de individuos ou grupos.
Fixo	Suxeito a mudar soamente cambiando o significado social da “marca”.
Obxectivos	
Experiencial	
Percibido	Crenza que “a maioría da xente” devalúa, discrimina ao estigmatizado/a.
Respalado (<i>endorsed</i>)	Expresa o acordo cos estereotipos, prexuízos e discriminación.
Anticipado	Expectativas de experimentar prexuízos, discriminación entre os estigmatizados/as.
Recibido	Condutas de rexeitamento e devaluación e interaccións negativas.
Representado (<i>enacted</i>)	Condutas de trato diferencial dos estigmatizadores/as.
Orientado-cara-á-acción	
Auto-estigma	Aceptación interna de estereotipos e prexuízos.
Estigma vicario (<i>courtesy stigma</i>)	Estereotipos, prexuízos e discriminación por asociación con grupos marcados.
Estigma público	Estereotipos, prexuízos e discriminación endorsed pola poboación en xeral.
<i>Provider-based stigma</i>	Prexuízos e discriminación dita ou exercida, consciente ou inconscientemente, por grupos designados para desenvolver a asistencia a grupos estigmatizados.
Estigma estrutural	Prexuízos e discriminación por políticas, leis, e a práctica constitucional; tamén chamado estigma institucionalizado.

Fonte: Pescosolido, B. A. e Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 116, 87-116.

No caso dos TCA si se pode localizar algunha investigación que valida a eficacia das intervencións levadas a cabo para reducir o estigma que sofren as persoas con este tipo de diagnósticos. A investigación levada a cabo por Doley et al. (2017) a través dunha revisión

bibliográfica e meta-análise comezan por dividir as posibles intervencións para reducir o estigma en tres grandes categorías:

- O intento de cambio da percepción pública da etiloxía da doenza mental. Neste caso soen localizarse tres atribucións en relación ás causas da enfermidade mental: orixe biolóxica, orixe sociocultural e ambiental e os modelos mixtos que atribúen a etiloxía a factores biopsicosociais.
- O aumento da educación. Esta enténdese como o feito de dar información real e axeitada sobre a poboación ou condición estigmatizada.
- Intervencións que promovan o contacto coa poboación de referencia. O contacto pódese producir tanto a través de textos escritos, como por material audiovisual como en vivo.

As principais conclusións obtidas neste estudo (Doley et al., 2017) son:

- A atribución biolóxica aos TCA reduce o estigma actitudinal moi por riba da atribución sociocultural. Aínda que a redución sería de tamaño pequeno ou moderado. De feito a asignación de causas socioculturais aos TCA non serían efectivas para reducir o estigma condutual.
- A información, ou educación, preséntanse como ámbitos claramente distintos. Así o aumento da información non ten por que provocar unha diminución do estigma. Fronte a educación a ferramenta que sería máis prometedora sería o uso conxunto da información/educación e o contacto coa poboación estigmatizada.
- Advírtese de que a explicación bioloxicista dos TCA pode presentar como efecto non desexado que os/as profesionais vexan reducida a súa empatía cara os usuarios/as que atenden.
- Os autores avisan tamén da necesidade de aumento de investigacións que estuden a bulimia ou o Trastorno alimentario non especificado; xa que hai relativamente moitas investigacións sobre a anorexia pero moi poucas sobre os trastornos citados.
- Tamén recomendan facer máis investigacións cos profesionais que tratan ás persoas con TCA.

Se se fai un esforzo para resumir a situación que mostra a investigación a día de hoxe sobre o estigma obteríamos a seguinte fotografía:

- A poboación en xeral mostra un gran nivel de aceptación da teoría da etiloxía biolóxica da doenza mental. Ao mesmo tempo que vai aumentando a confianza na existencia de tratamentos eficaces (Link, Phelan, Stueve e Pescosolido, 1999).
- Aumento dos desexos de distancia social cara as persoas con doenza mental; ao mesmo tempo que se mantén a atribución de significados de violencia, perigosidade e imprecidibilidade cara estas persoas (Martin, Pescosolido e Tuch, 2000; Phelan, Link, Stueve e Pescosolido, 2000).
- No caso das persoas con TCA, non se verían tanto afectadas polo significado da perigosidade, nembargantes a miúdo son consideradas responsables da súa enfermidade, considerándose a enfermidade como algo vergoñento (Crisp, 2005). Afectándolles tamén o desexo de distancia social (Angermeyer et al., 2013; MacLean et al., 2014).

En resumen, pódese dicir que o estigma afecta á poboación en xeral orixinando estereotipos das persoas con doenza mental como perigosas, violentas, imprevisibles, que se senten distintas ao resto da poboación, que non melloran aínda que se traten e que, en definitiva nunca se curan (ver táboa 31).

Táboa 31: Porcentaxes que se mostran de acordo con situacións negativas

	Depresión severa		Ataques de pánico		Esquizofrenia		Demencia		TCA		Alcoholismo		Adicción ás drogas	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Perigo para outros	23	19	26	23	71	66	19	20	7	7	65	64	74	75
Impredecible	56	53	50	50	77	73	53	54	29	27	71	70	78	78
Difícil de falarlle	62	56	33	26	58	52	60	56	38	33	59	55	65	64
Séntense diferentes a nós	43	30	39	25	57	37	61	42	49	33	35	25	48	33
Vergoña	13	11	11	10	8	6	4	4	34	33	60	54	68	60
Pode curarse por sí mesmo	19	17	22	20	8	8	4	5	38	35	52	50	47	45
Non melloran se se tratan	16	15	14	15	15	12	56	50	9	10	11	12	12	11
Nunca se curan por completo	23	25	22	21	51	42	82	79	11	15	24	29	23	26

Fonte: Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. e Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 2, 106-113.

8.2.1. O estigma no estudantado e profesionais da saúde

O certo é que as investigacións citadas ata o de agora foron levadas a cabo entre a poboación en xeral. Nembargantes algunhas das investigacións feitas aplicando a MHL utilizaron como suxeitos de investigación os/as profesionais da saúde mental e o estudantado vencellado a esa área de coñecemento.

Este tipo de investigacións específicas amósannos como os/as profesionais da medicina ou da psicoloxía non están libres de ser afectados/as polo estigma. Wallace incide en como a socialización dos médicos/as promove a “conspiración do silencio”(2010, p. 7), é dicir, os médicos/as móstranse reticentes a recoñecer, aceptar e asumir a enfermidade neles mesmos. O intento de solución máis habitual sería o crer que o problema desaparecerá por el mesmo dalgún xeito. É dicir, cando son os propios profesionais da medicina os que teñen unha doenza mental vense afectados/as polo estigma destas enfermidades no seu rol de médicos/as enfermos proceso que xa foi amplamente estudado por algún investigador (Ponce, 1997).

Dende outro punto de vista as investigacións levadas a cabo co estudantado de psicoloxía veñen concluíndo que se consideran agresivas ás persoas con esquizofrenia e perigosas para a sociedade (Fresán et al., 2012). Investigacións que tamén se fixeron, con resultados semellantes, co estudantado de medicina e o trastorno bipolar (Fresán, Berlanga, Robles-García, Álvarez-Icaza e Vargas-Huicochea, 2013). No caso do traballo social o estudantado mostra o maior nivel de estigma cara as persoas con adicción á nicotina, o alcol e as persoas con Alzheimer; e o menor cara as persoas cun diagnóstico de depresión (Pimlott, Ahmenadi, Rios-Bedoya e Anthony, 2011).

Aínda que se adoita a pensar que o estigma afecta en maior medida aos considerados trastornos mentais graves e non tanto aos TCA, é necesario ter en conta que a investigación ven demostrando que o estigma tamén afecta a este tipo de trastornos. En concreto, no caso dos/as profesionais, como se ven falando, a influencia do estigma no caso dos TCA concretaríase en que:

- Os/as profesionais da saúde presentan actitudes estigmatizantes cara as persoas que tratan (Evans et al., 2011).
- Que as persoas susceptibles de ter un TCA mostran actitudes negativas cara os/as profesionais que as poden tratar e que iso pode supoñer unha barreira á hora de buscar algún tipo de axuda

para mellorar a súa situación (Akey, Rintamaki e Kane, 2013; Leavey, Vallianatou, Johnson-Sabine, Rae e Gunpath, 2011).

- Os/as psiquiatras poden chegar a mostrarse reticentes a tratar ás persoas con TCA e atribuír a enfermidade á debilidade dos individuos (Jones, Saeidi e Morgan, 2013).
- O coñecemento ou información dos TCA móstrase como un eido independente do estigma; é así que hai grupos de profesionais cun alto grao de coñecemento deste tipo de trastornos e aínda así mostran actitudes estigmatizantes cara ás persoas con estes trastornos (McNicholas, O'Connor, O'Hara e McNamara, 2016).
- Os homes son máis propensos a soster opinións negativas cara aos TCA, como para outras doenzas como a depresión os ataques de pánico e a esquizofrenia (Crisp, Gelder, Goodard e Meltzer, 2005).
- Os TCA son un dos diagnósticos aos que se soe vincular menos o significado de perigosidade. Pero a poboación segue considerando que son persoas coas que é difícil falar, impredecibles, e que se sinten diferentes da poboación. Aínda que se considera que presentan un pronóstico favorable se se tratan e que se poden curar totalmente (Crisp, Gelder, Goodard e Meltzer, 2005).

A todo o explicado debe sumarse o feito de que o estigma no caso dos TCA tense demostrado como unha das principais barreiras que se interpoñen entre as persoas que padecen algunha destas doenzas e a pescuda de axuda (Ali et al., 2017). Ademais desta dificultade tamén se ten certificado a presenza doutros factores que afectan ao proceso de búsqueda de axuda como (Ali et al., 2017):

- A desconfianza cara os profesionais que se ocuparían do tratamento por parte das persoas que están diagnosticadas dun TCA.
- Determinadas características do/a profesional como: barreiras de comunicación debido á linguaxe, o feito de que a persoa profesional non comparta o grupo étnico da persoa a tratar, etc.
- As percepcións que a persoa diagnosticada ten do/a profesional: a crenza de que non ten suficiente habelencia para levar a cabo o tratamento con resultados positivos, o feito de que o/a profesional non teña credibilidade dende o punto de vista da persoa a tratar, prexuizos cara a raza do/a profesional, etc.
- Os estereotipos ou prexuizos dos/as profesionais: á pertenza da persoa a tratar a determinados grupos étnicos, etc.

Todo isto pode coaduxar para que se de unha situación na que unha revisión sistemática pon riba da mesa que só o 23,2% das persoas afectadas por alteracións alimentarias buscan algún tipo de axuda (Hart, Granillo, Jorm e Paxton, 2011). Aínda que hai que ter en conta a alta variabilidade nas conclusións das diferentes investigacións, que contempla a devandita revisión, que variaría entre o 0 no caso de mulleres estudantes de ensinanza medias e o 52% nun estudo cuxa mostra estaba formada de mulleres adultas con TA. Mostrándose unha duración media do proceso de pescuda de axuda de entre 10 e 15 anos, entre a aparición dos síntomas e o primeiro acercamento cara a solicitude de axuda (Oakley, Wells e McGee, 2006). Sendo máis probable que se inicie esa busca de axuda sempre que nese intre a persoa presente unha perda de peso que sexa perceptible (Hart, Granillo, Jorm e Paxton, 2011). En función desta última variable poderíase colixir que é máis probable que principie o proceso unha persoa con anorexia que unha que teña bulimia ou TA, xa que neste tipo de doenzas non é tan habitual a perda de peso.

Neste capítulo viuse como a sociedade occidental é preeminentemente visual, ou ouculocéntrica usando o termo de Jay (2007). E como esa xerarquía do sentido da vista influíu na construción da mirada médica artellada arredor do concepto de control. Asemade, expúsose o concepto de estigma que adoita acompañar ás persoas con doenza mental, e sinaluouse como este

tamén afecta ao estudantado e aos/ás profesionais, mesmo no caso das persoas cun TCA. Isto implica que á hora da realización da investigación deba sondearse que sentido constrúe principalmente a percepción dos TCA dos suxeitos de estudo; e investigar o estigma que pode afectar ás persoas que teñan algún diagnóstico relacionado ca conduta alimentaria.

Conque si os propios profesionais vense afectados polo estigma é necesario botar unha ollada á socioloxía das diversas disciplinas obxecto de estudo xa que como se porá de manifesto nos resultados as relacións laborais entre os profesionais veñen presididas polo conflito entre as áreas de coñecemento e os roles desenvolvidos (ver capítulo 19).





CAPÍTULO 9

A SOCIOLOXÍA DAS PROFESIÓNS DA SAÚDE

Non se poden cambiar as condicións materiais de vida sen incidir nas representacións sociais sobre a existencia que son en gran medida representacións médicas sobre a vida precisamente porque a vida vese cada día máis enmarañada e sometida ás categorías médicas que tenden a unha progresiva medicalización da vida cotiá.

Fernando Álvarez-Uría e Julia Varela (1994)

Neste capítulo vanse perfilar os elementos que artellan a socialización do estudantado dos graos estudados neste traballo. Verase como as distintas disciplinas inician un proceso de lexitimación social do seu saber que debe rematar ca asunción do poder simbólico do diagnóstico e tratamento da doenza mental. Neste sentido é a medicina a ciencia que alcanzou maior xustificación social a través dos procesos de medicalización da enfermidade ata convertila nunha entidade de tipo natural con base biolóxica (ver capítulo 3 e 4). Unha vez asentado ese poder simbólico -asentado na profesión médica ao longo dos anos-, van xurdindo procesos sociais que en ocasións permiten que fagan aparición novas profesións, xustificadas pola necesidade de novos saberes que se perciben como necesarios para atender novas necesidades.

Agora ben estes procesos, como se verá (ver capítulo 19), son percibidos polos profesionais en función dunha loita de poder para lexitimar un saber/facer. Isto entronca ca aseveración de Turner (1995) no sentido de que un dos asuntos a tratar por calquera traballo inscrito na socioloxía da saúde e da enfermidade son as relacións que ese establecen entre o coñecemento e o poder. Seguindo a argumentación deste sociólogo podemos preguntarnos que papel xoga o discurso médico na fundamentación do poder do sistema sanitario, e da profesión médica en concreto.

9.1. AS DISCIPLINAS PSY

Como se comentou anteriormente neste traballo a definición da saúde ou da enfermidade (ver capítulo 4) é unha tarefa inxente. Esta situación fai que existan diferentes modelos explicativos da saúde. Ao longo deste traballo fóronse citando algúns deles como o modelo médico e o modelo sociolóxico (ver capítulo 5). A eles poderíanse engadir (Miranda e Garcés, 2015):

- O enfoque perceptivo: que defende a definición da saúde como percepción do benestar. A este enfoque correspondería a definición da saúde da OMS como benestar bio-psico-social.
- O enfoque funcional: define a saúde como a capacidade de funcionar dun individuo. O exemplo que se pode citar é a definición de Parsons (1988).
- O modelo ecolóxico: sería un modelo integrador, no que se diferencian factores: biolóxicos-endóxenos, os ligados á forma de vida das persoas e os ligados ao sistema sanitario. Todos

estes factores segundo este modelo deben de fundirse nun proceso dinámico, multifactorial e multidisciplinar (Kleinman, 1981).

O modelo predominante pode influír no predomínio dalgunha das disciplinas en detrimento das outras. Así, por exemplo, o modelo médico implicaría deixar o poder simbólico e real nas mans desta disciplina. A literatura procedente de múltiples disciplinas está de acordo en que o modelo hexemónico na actualidade é o modelo médico (Bentall, 2011; Cockerham, 2017; Engel, 1977; Gøtzsche, 2016; Martínez Hernández, 2008; Miranda, 2015; Read e Haslam, 2006; Turner, 1995; Whitaker, 2015). Mesmo pódense atopar intensas críticas a este predomínio, argumentando que o modelo médico, ademais de negar na súa práctica cotiá as múltiples dimensións humanas (psicolóxicas, sociais e culturais), segue “empeñado en explicar a enfermidade e o malestar coa xenética e pouco máis, á vez que a farmacopea converteuse na caixa dos milagres para gloria e beneficio da farmaindustria”(Miranda e Garcés, 2015, p. 25). Pero, como afecta isto ás disciplinas das que nos vimos ocupando neste traballo? Cara finais do século XIX ou principios do XX o dispositivo hospitalario estaba funcionando como entidade social simbolicamente xustificada, o que xustificaba, á súa vez á profesión médica. Pero Mary E. Richmond, considerada a nai do traballo social, sinala que: “O servizo médico-social debe a súa orixe ao doutor Richard C. Cabot, quen en 1905 creou na división de consultas externas do Hospital Xeral de Massachusetts, o primeiro departamento de servizo social”(2005, p. 15). Sinalando ademais a existencia nos Estados Unidos, en 1922, de 350 servizos de atención social hospitalaria, que acabarían por facer agromar a especialidade do que Richmond (1996) denomina traballo social psiquiátrico, e que hoxe en día denomínase traballo social sanitario, en xeral, e clínico cando se dirixe de xeito máis especializado á doenza mental. Pero dende o principio a xerarquía queda clara, en 1930 o doutor Cabot escribe “A traballadora social é a auxiliar do médico en canto ao diagnóstico e ao tratamento”(1930, p. 39). Miranda e Garcés comentando este fragmento deixan ver que “O centro non é o paciente, é o médico, respecto ao cal xiran as demais profesíons en calidade de auxiliares”(2015, p. 43). Esta idea xa a avanzara Castel ao argumentar que o rol de experto asumido polo médico comporta que a loucura pase a estar dominada pola percepción sanitaria, así a psiquiatría segundo este sociólogo confórmase como “un saber que pretende ser novo pero que defende os intereses corporativistas dun grupo profesional”(Castel, 1980, p. 109). Neste sentido Castel (1980) explica que cando a medicina alcanza o cumio da súa medicalización cientificista, valga a redundancia, asumindo esta disciplina como un saber rigoroso que debe estar presidido por unha racionalidade calculativa e organicista, a beneficencia asumirá o poder de control das persoas en situación de pobreza que quedan excluídas do control do sistema hospitalario. Fronte o encerro, propónse como medida de control a asistencia. Unha asistencia que mantén ás persoas constantemente cronificadas nas marxes da sociedade xa que permite a supervivencia pero non a reinserción ou recuperación da persoa (Castel, 1980).

Para ser exacto, a relación do traballo social coa saúde mental pódese retrotraer aínda máis atrás. En 1840 Dorothea Dix, unha das precursoras desta disciplina, estudou as condicións de vida das persoas con doenza mental en situación de pobreza en Massachusetts (Shorter, 1997). A calidade de vida destas persoas era realmente mala, Dix fala de: persoas engaioladas, persoas encadeadas e que se mantiñan así máis de 17 anos, etc. En realidade, a maioría das persoas que Dix localizou estaban encerradas nas casas, xa fora nalgunha das estancias das mesmas ou nos establos (Shorter, 1997). Isto levou a Dix a pedir, unha e outra vez, a posta en marcha de establecementos públicos para a atención das persoas con doenza mental garantindo o tratamento médico e moral deste sector de poboación (Scull, 1989). Esta situación coincidiría ca descrita no caso español en relación á saúde mental. Concepción Arenal escribe que o único método de tratamento usado na súa época era o temor. E apuntilla: “Demais está dicir que non se recobraba ningún. O monomaniaco volvíase tolo, o tolo tranquilo facíase furioso, o furioso sucumbía: dichoso a lo menos se sucumbía pronto”(Arenal, 1993, p. 85). E fala de gaiolas inmundas, camas de palla, persoas demacradas e espidas, provocando unha “dor sen nome”(Íbid., p. 85). Rodríguez Carmona sinala que “Na

primeira metade do século XX aparecen en Galicia pequenos manicomios particulares que converten a nosa comunidade na primeira de todo o estado en canto ao número de camas psiquiátricas a nivel privado”(Rodríguez Carmona, 2008, p. 210). As únicas prazas públicas eran as de Conxo. As mulleres, pola súa banda, eran trasladadas ao sanatorio de Arévalo (Ávila). Rodríguez Carmona (2008), traballador social do no seu momento Hospital psiquiátrico de Ourense, recolle como, nunha crónica xornalística de 1974, descríbense as habitacións dos doentes como lugares sinistros cuxo equipamento consistía unicamente nunha cama e un orinal. E como se seguían aplicando métodos de tratamento como o electroschock e as celas de castigo.

O modelo médico soe implicar dificultades, para xustificar ou introducir, os factores de carácter psicolóxico ou social na intervención coas persoas nos servizos psiquiátricos (Miranda e Garcés, 2015).

A mencionada xerarquía asumida pola profesión dos psiquiatras fai que algún autor se referira ao grupo de profesionais que representan o poder do *establishment* desta disciplina coa expresión “costas prateadas”(Gøtzsche, 2016, p. 21) facendo referencia á devandita característica física que define aos gorilas que exercen o poder dentro da manada destes animais. Gøtzsche (2016) di que na actualidade o enorme poder que reside nas mans da psiquiatría, co apoio das empresas farmacéuticas, veñen producindo unha serie de consecuencias realmente nocivas para a sociedade, como que moitos psicofármacos sexan máis perniciosos que beneficiosos, e que mesmo aumenten o risco de suicidio e de homicidio. Ou como que a existencia dunha tendencia en todo o mundo occidental cara o sobrediagnóstico e a sobremedicación das persoas con doenza mental. A risco de caer na esaxeración este médico de amplo prestixio afirma que se podería reducir o consumo actual de psicotrópicos nun 98%.

Gøtzsche (2016) remata por precisar que este tipo de procesos, e debido á acción do gran e poderoso *lobby* farmacéutico, hai unha serie de mitos ou erros que calaron na sociedade, aínda que para este autor serían ideas erróneas:

- A crenza de que os diagnósticos psiquiátricos son fiables.
- Crer que as explicacións biolóxicas reducen o estigma das persoas con doenza mental.
- Crer que o consumo de psicofármacos reflicte o número de persoas con doenza mental.
- Pensar que as doenzas mentais son desequilibrios químicos que se poden tratar de xeito sinxelo proporcionando a sustancia da que o corpo é deficitario e provoca a enfermidade da persoa.
- Considerar que os tratamentos a longo prazo con medicación da doenza mental é beneficioso xa que prevén o empeoramento.
- A crenza de que o consumo de antidepressivos non provoca dependencia.
- Crer que o tratamento de rapaces e adolescentes con antidepressivos prevén o suicidio.
- Crer que a depresión, o TDAH e a esquizofrenia provocan lesións cerebrais.
- Crer que os medicamentos psiquiátricos preveñen o dano cerebral.

Algún outro autor sinalou o perigo de que as persoas con doenza mental acepten o imaxinario biomédico, xa que unha vez unha persoa reconece que ten un trastorno biolóxico/xenético, este pode interpretarse como algo que non se pode cambiar e isto pode xerar depresión e incidir no estigma (Bentall, 2011).

Asentada a primacía do poder da ciencia médica, e por ende da psiquiatría esta segundo algúns autores influíu na definición e construción das situacións que lle afectan a determinados sectores de poboación. Fálase da psiquiatrización da infancia; cada vez máis aumentan os diagnósticos que afectan aos menores (Castel, Castel e Lovell, 1982; Gøtzsche, 2016; Whitaker, 2015). Sendo especialmente chamativo ao caso de doenzas como o TDAH (Gøtzsche, 2016).

Algúns autores falan da psicoloxización do traballo social (Castel, Castel e Lovell, 1982), argumentando que debido á necesidade de profesionalización desta disciplina cara finais do século

XIX e principios do XX, isto levou aos precursores/as desta disciplina ao uso da psicanálise para asentar teoricamente o primeiro método de intervención social: o traballo social de caso (*Casework*). Se ben é certo que nos últimos tempos discútase cada vez máis a influencia da psicanálise en autoras como Mary Richmond, tendéndose a situala na esfera do interaccionismo simbólico ou a teoría sistémica (Miranda, 2004; Zamanillo e Rodríguez, 2011). Incidindo este tipo de interpretacións en que, o papel que antes se lle asignaba á psicanálise, pase a situarse na Escola de Chicago, e ao interaccionismo de Mead, é dicir, á socioloxía e non á psicoloxía. En calquera caso, o traballo social de casos (*Casework*) atopa á súa apoiatura metodolóxica no chamado *Modelo médico*. Este modelo foi iniciado por Mary Richmond cando se propón dotar á práctica da beneficencia e da caridade que se viña desenvolvendo ata ese momento dunha base científica. Cando Richmond afronta esta tarefa onde atopa os referentes que usa para crear unha base teórica para a acción social é na medicina. É por iso que esta autora usa termos médicos; daquela fala de diagnóstico e tratamento (o que hoxe en día denomínase intervención). A influencia de Mary Richmond é tan profunda no traballo social que marcou definitivamente os inicios desta ciencia establecendo unha metodoloxía científica de intervención e o uso de termos médicos para explicar a intervención social. Asemade, no caso galego, os inicios da acción social tamén aparece vencellada aos hospitais. A acción social en Galicia realizábase predominantemente neste tipo de institucións nas que non só ingresaban as persoas enfermas senón tamén calquera outra persoa que presentase condutas socialmente diferentes, así como as persoas marxinadas. Xa no século XIX, no caso galego, habería que citar a Concepción Arenal que dirixiu os seus esforzos a mellorar as condicións de vida dos presos, e especialmente das presas, nas prisións pero tamén ás condicións de vida dos pacientes ingresados nos hospitais. Xa que, no caso da doenza mental, estes centros eran usados como lugares para encerrar e controlar ás persoas pobres e ás persoas con algún trastorno mental (Arenal, 1993; Romero, 1988). Este tipo de interaccións entre o emerxente traballo social e a medicina foi un dos elementos chave que permitiron que co tempo se asentasen os traballadores/as sociais como profesionais na atención sanitaria ás persoas e xurdise o traballo social clínico como especialidade dentro desta disciplina. Aínda que se pode sinalar que é precisamente nos dispositivos especializados á doenza mental onde, no caso galego, en moitas ocasións estes profesionais non están presentes o que se considera que pon de manifesto o predominio do imaxinario biomédico que amputa a dimensión social da enfermidade, ou, en todo caso reflicte os conflitos que artellan as relacións entre os profesionais da saúde (ver capítulo 19).

Así o modelo médico, amparado polo imaxinario biomédico, parece dominar na medicina, e no trato cos/as doentes. Este modelo, por outra banda, tamén influiría no traballo social e mesmo na psicoloxía e ben amparado polo poder das grandes farmaceuticas. O sector das empresas dos medicamentos debido ao seu altísimo nivel de ingresos exercen unha enorme influencia na redacción dos manuais diagnósticos e na formación tanto formal como informal dos profesionais da saúde.

9.2. A SOCIALIZACIÓN NAS DISCIPLINAS PSY

Garcés explica que “O ámbito da saúde mental é un campo de intervención interdisciplinar” (2015, p. 89). A interdisciplinariedade marca a necesidade de traballo en equipo co resto de profesionais, e por outra banda, indica a metodoloxía a utilizar. Fronte a multidisciplinariedade en que todos os/as profesionais traballan xuntos pero con obxectivos individuais de cada persoa profesional en función do rol pertinente; no caso da interdisciplinariedade ademais de traballar xuntos debe producirse unha integración de obxectivos de traballo. Os/as diferentes profesionais traballan na consecución dun “obxectivo común, igualados no momento de facer as súas aportacións, pero diferenciados no tipo de información e de intervención que poden facer, e capacitados para organizar as súas actuacións de acordo coas características e as prioridades do problema”(Garcés, 2015, p. 89).

Pero para que se poida facer efectivo esta maneira de traballar deben darse unha serie de condicións como: que os diferentes profesionais coñezan os roles dos demais, que a xerarquía dos equipos e os modelos de traballo permitan a coordinación e non se produzan distorsións debido ao poder exercido por parte das persoas ou as organizacións e que exista un certo respecto cara as posibles aportacións dos outros/as.

En xeral distínguense dous tipos de organizacións nos equipos sanitarios (Garcés, 2015): Nos hospitais soe ser máis claro o predominio do modelo médico, o que pode conlevar unha estrutura de tipo máis vertical nos equipos profesionais. Por outra banda, nos centros de saúde, hospitais de día, comunidades terapéuticas, etc. adoita predominar un modelo psicosocial. Isto soe favorecer unha organización de tipo horizontal dos profesionais.

Como se verá nos resultados desta investigación esta situación non é a que se observa na realidade do traballo cotiá dos distintos/as profesionais. En realidade, o que se transmiten son problemas de coordinación, descoñecemento de roles profesionais e tensións persoais e profesionais que poñen en grave perigo o traballo a realizar (ver capítulo 19). Neste sentido Pérez Cosín e Bueno conclúen unha das súas investigacións afirmando que o “63% da poboación ten un nivel moi baixo de coñecemento e de información sobre os traballadores sociais”(2005, p. 171).

En calquera caso, a interdisciplinariedade esixe o uso dunha certa linguaxe común entre os distintos profesionais. Pero a medicina e a psicoloxía non pertencen á esfera das ciencias sociais como o traballo social, polo que se impón unha certa revisión da socialización á que son sometidos os estudantes destas disciplinas. De feito a psicoloxía encadrábase ata fai pouco na área de ciencias sociais, pero cando se regulamentou a carreira sanitaria destes profesionais a través do PIR, esta ciencia mudou de área.

En realidade Robertson et al. (2009) puxeron de manifesto que dentro do colectivo do estudantado de medicina existe a tendencia de ver a psiquiatría como unha das especialidades menos atractivas. Isto sería así debido as seguintes causas (Robertson et al., 2009):

- Que os/as estudantes perciben esta especialidade como menos respectada que o resto delas, tanto por parte do resto de estudantes como por parte dos médicos en exercicio.
- Nesta especialidade trátase con doentes difíciles e inestables.
- O tratamento ás veces realízase en doenzas crónicas con resultados ineficaces.
- A propia psiquiatría percíbese como non científica e que en realidade non é realmente medicina.
- O estudantado coida que non ten suficientes habelencias para facer o traballo que require o exercicio desta especialidade médica debido ao pouco contacto que tivo con ela ao longo da súa formación académica.
- O traballo é emocionalmente moi esixente.
- Percíbese que a especialidade a miúdo non está suficientemente valorada.
- Valórase como un factor relevante o posible efecto que tería o traballo diario cos doentes nos propios profesionais.
- As baixa remuneración que ten este traballo.
- A baixa consideración da especialidade por parte do resto da profesión médica.

De feito a devandita investigación (Robertson et al., 2009) revela que o 25,2% das persoas enquisadas definitivamente non (*Definitely not*) escollería a psiquiatría como campo de traballo e o 38,2% a escollería de xeito improbable (*Unlikely*). Fronte ao 30,1% que bastante posiblemente (*Quite Possible*) faría esta escolla. Revelándose a psiquiatría, e a medicina de saúde pública, como as especialidades menos elixidas; cada unha destas especialidades só foi elixida por unha persoa.

Aínda que, como se mostrará a continuación, algúns dos factores que orientan a decisión aparecen en distintas investigacións tanto como factores negativos como positivos (ver táboa 32). Ese sería o caso da remuneración ou do prestixio da especialidade (Robertson et al., 2009; Thomas, 2008). Argumentándose que o prestixio da especialidade estase incrementando nos últimos tempos.

Pola súa banda, a remuneración ao mellor non é tan alta pero pode equilibrarse cas posibilidades que proporciona na conciliación.

Táboa 32: Razóns para escoller converterse en psiquiatra

Factores persoais		Factores relacionados co traballo	
Interese/desfrute	68%	Conciliación vida persoal/laboral	29%
Desafíos que plantexa	17%	Contacto cos/as doentes	20%
Axuda a outros/as	16%	Traballo en equipo/colegas	7%
Enfoque humano/holístico	15%	Menos medicalizado	7%
Area de necesidade que permite axudar	8%	O programa de formación	6%
O traballo previo levado a cabo	7%	Oportunidades de traballo	6%
A competencia	7%	Variedade do traballo	5%
A creatividade	4%	Campo en crecemento	4%
O entorno de traballo	3%	Remuneración	3%

Fonte: Thomas, T. (2008). Factors affecting career choice in psychiatry: a survey of RANZCP trainees. *Australian Psychiatry*, 16(3), 179-182. doi: 10.1080/10398560701852008.

Fronte aos factores negativos, os que son valorados positivamente na elección da profesión de psiquiatra estarían (Thomas, 2008; Wigney e Parker, 2008):

- O interese e desfrute que produce no estudantado.
- A conciliación que permite manter entre a vida laboral e persoal.
- O contacto cos/as doentes.
- Os desafíos que conlevan a complexidade do traballo a realizar.
- O feito de que se pode axudar á xente.
- A Psiquiatría, fronte a outras especialidades médicas, segundo os/as estudantes soe implicar máis a miúdo unha perspectiva máis humana e holística. Entendendo por tal o feito de que non so se trata a enfermidade (*Disease*) senón tamén o funcionamento social, conflitos familiares, e asuntos semellantes.
- Os beneficios que pode aportar ao profesional na súa propia vida persoal.
- O feito de que a psiquiatría pode abrir oportunidades na investigación en áreas como: a neurociencia, a bioloxía, a xenética e a psicoloxía.

En xeral, as investigacións falan dunha percepción negativa da psiquiatría por parte do estudantado de medicina entre o que “a disciplina actualmente non levanta paixóns”(Wigney e Parker, 2008, p. 520).

Fronte o caso da psiquiatría, atopamos o da psicoterapia. Ésta non está regulada de xeito formal polo que para formarse, e posteriormente acreditarse, soe esixirse ser graduado/a nunha disciplina da área médica ou social. Polo que a maioría dos psicoterapeutas son psiquiatras, psicólogos/as ou traballadores/as sociais. Tras a admisión nun programa de formación á persoa interesada lle espera unha media de catro ou cinco anos de formación teórico-práctica, un número de horas de supervisión que varía segundo o modelo no que se está a formar e tamén un certo número de horas de traballo sobre á súa historia persoal e a súa familia. No caso dos/as terapeutas os factores que inflúen na elección desa profesión variarían dos citados no caso da psiquiatría (ver táboa 33). Neste caso predominan os factores de tipo persoal como determinadas facultades ou características de personalidade, a vocación cara este tipo de actividades, o nivel de tolerancia, etc. Xunto a determinados sucesos que lle puideran suceder á persoa no seu decurso vital.

Táboa 33: Razóns para escoller converterse en psicoterapeuta

Factores persoais	Factores relacionados co traballo
Curiosidade e carácter inquisitivo	Independencia profesional
Capacidade de escoita	Remuneración
Capacidade de conversa	Variedade do traballo/Desafíos da práctica
Empatía e comprensión	Recoñecemento e prestixio
Comprensión emocional	Estimulación intelectual
Capacidade de Introspección	Desenvolvemento e satisfacción emocionais
Capacidade de autonegación	Enriquecemento e realización persoais
Tolerancia da ambigüidade	Posibilidade de axudar aos outros/as
Capacidade de calor humano e atención	
Vocación	
Tolerancia da intimidade	
Comodidade fronte ao poder	
Capacidade de rir	
Motivacións disfuncionais	
Perturbación emocional	
Enfrontamento indirecto	
Soidade e illamento	
Desexos de poder	
Necesidade de amor	
Rebelión indirecta	
Factores relacionados ca familia de orixe	
Experiencias emocionais temperás	
Características do pai/nai	
Características conxugais do pai/nai	
Relacións familiares	

Fonte: Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.

Un dos factores citados refírese ao recoñecemento ou prestixio que poden proporcionar as distintas profesións das que se ven falando ao longo deste traballo. Un dos elemento que se consideran relevantes neste sentido é o das distintas barreiras ou obstáculos que se pode atopar unha persoa nova cando, tras estudar o bacharelato, decide estudar algunhas destas disciplinas. Unha delas é o feito de que, por exemplo, o grao en traballo social son estudos impartidos por un centro privado adscrito á USC cuxos prezos poden chegar a impedir ou disuadir a algunha persoa da súa intención de facer esta carreira. Por outra banda, o propio prestixio social dos estudos pódese encarnar nas propias notas de corte esixidas para acceder a unha praza nestas facultades. De feito, as de medicina é tradicional que se atopen no *ranking* das notas máis altas esixidas a un/ha estudante, só superadas nos últimos tempos polos novidosos dobres graos.

Táboa 34: Notas de corte para o acceso á formación nas disciplinas obxecto de estudo na USC

Grao	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Medicina	11,59	11,78	11,95	12,10	12,17	12,27	12,28
Psicoloxía	8,26	7,66	7,91	8,09	8,63	8,59	8,74
Traballo social	5,73	5,11	5,00	5,14	5,00	5,00	5,74

Como se pode observar na táboa 34 as diferenzas entre os tres graos son ostensibles. Aínda que tamén hai que ter en conta que as facultades de medicina e psicoloxía da USC son as únicas en Galicia, mentres que hai outra facultade que imparte o grao en traballo social da Universidade de Vigo en Ourense. Aínda que é relevante que as prazas no grao de traballo social véñense reducindo hai anos dado que repetidamente quedan sen cubrir. Isto poderíase explicar polo feito de que esta é unha titulación adscrita á USC e é impartida por unha fundación de carácter privado cuxas taxas encarecen os prezos á pagar en relación ao resto de titulacións públicas. Esta diferenza nas notas de

corte das diferentes carreiras pode parecer anecdótica, pero é resaltada por algún dos profesionais entrevistados para defender a posición social de preeminencia da psiquiatría (ver capítulo 19).

9.3. OS CONFLITOS DE ROL

A partir do explicado xorden algúns conflitos de rol que teñen consecuencias na tarefas laborais dos/as distintos profesionais e que, por outra banda, vense reflictidos nos resultados desta investigación. Así, por exemplo, o conflito no caso da psiquiatría e a psicoloxía centraríase na terapia que algúns profesionais da psicoloxía reclaman como propia da súa disciplina. No referente ao traballo social o conflito de rol bifúrcase ata alcanzar unha determinada crise de identidade da propia profesión tanto interna, como externa cara á sociedade (ver capítulo 19).

Como sinalou Freidson (1970) aínda considerando que o poder é exercido no ámbito sanitario por parte da profesión médica, este sociólogo advirte de que esta situación de xerarquía pode provocar que o resto de profesións que comparten o ámbito sanitario con elas queden reducidas a un status permanente de cuasi-profesionais ou profesionais paramédicos. Asígnase preferencia á consideración da práctica médica como patrón polo que medir o resto de labor profesional.

Pero como sinala Turner (1995) os procesos de socialización dos/as profesionais hai que ter en conta que conteñen elementos ideolóxicos asentados pola elite dunha determinada disciplina coa finalidade de asegurar o control de determinados ámbitos de traballo. Así a licenza para o exercicio da psicoterapia convértese nun campo de batalla sobre que profesional está mellor preparado para asumila, ou mesmo de se algunhas profesións deben ser habilitadas para asumila.

Por outra banda, as propias funcións dos/as profesionais poden solaparse, intersectar ou xerar determinados conflitos. Unha situación que se pode agravar no caso de que os/as profesionais descoñezan as funcións básicas dos demais, aínda máis cando, como se explicou anteriormente no ámbito sanitario debería traballarse en equipos interdisciplinares e, polo tanto, con obxectivos de traballo comúns (ver anexo VI).

Consonte ao visto neste capítulo as disciplinas organizan a súa lexitimidade social arredor da xustificación dun saber que implica un facer a través dun modelo de intervención profesional. Tradicionalmente a saúde quedou baixo a prerrogativa da ciencia médica, pero nos últimos tempos xurdiron profesións que poden supoñer unha determinada competencia para a psiquiatría na súa área de autoridade simbólica este é un dos motivos que orixinan o conflito que inunda o discurso dos profesionais nas entrevistas realizadas cando se fala das relacións entre os traballadores/as nos equipos de intervención (ver capítulo 19).

Con estas liñas dase por finalizado o marco teórico deste traballo. Nos capítulos que o forman viuse o estatuto de constructo da enfermidade mental, e polo tanto dos TCA. Expúxose como todo ao logo da historia existen dous procesos que guían e dan forma á percepción dos TCA: o proceso de medicalización e o proceso de secularización. Asemade, distinguíronse e describíronse, os principais imaxinarios que orientan a percepción do corpo e da doenza mental. E como os medios de comunicación funcionan como elementos de construción da realidade a través da difusión dun canon de beleza que institúe unha imaxe non sempre real e alcanzable. Por último, explicouse como no caso dos TCA a miúdo estes foron moralizados se lles aplicou o estigma que vai asociado á doenza mental, afectando mesmo aos propios profesionais da saúde.

A partir deste punto, expóranse os resultados da investigación levada a cabo. Esta segunda parte do presente traballo artéllase en dúas partes diferenciadas. Na primeira, dividida en cinco capítulos, expóranse os resultados da parte da investigación levada a cabo co estudantado. Na segunda, organizada noutros cinco capítulos, pódense atopar os resultados das entrevistas en profundidade levadas a cabo aos profesionais da saúde, así como os resultados da análise levada a cabo da publicidade dos centros de atención psiquiátrica e psicolóxica de Galicia.

II PARTE: RESULTADOS DA INVESTIGACIÓN





A PERCEPCIÓN DO ESTUDANTADO





CAPÍTULO 10

OS TCA: RECOÑECIMIENTO, PERCEPCIÓN E INFORMACIÓN

Home, eu creo que a enfermidade é eeh...abrange todo, non? E un trastorno xa é algo máis tipo de...eu, por exemplo, o...o achaco máis aaaa...a un trastorno psicolóxico (...) a enfermidade física e o trastorno...máis da enfermidade mental.

GP⁵⁹

Neste capítulo vanse expoñer os resultados da enquisa e os grupos de discusión dos estudantes no referente á capacidade de recoñecemento dos TCA, é dicir, é importante saber se o estudantado distingue os TCA do resto dos trastornos. A partir de aí profundízase na percepción dos TCA do alumnado para saber que estatuto lle asignan, ou noutras palabras, que imaxinario está orientando a percepción. Finalmente, exporase a percepción que o alumnado ten das causas deste tipo de trastornos e se consideran que hai bastante información sobre eles na sociedade e, no caso de que consideren que si existe suficiente información se esta é correcta.

Para facilitar a simbiose dos resultados na narrativa explicativa non se separarán os resultados obtidos da enquisa dos obtidos nos grupos de discusión senón que se presentarán conxuntamente para permitir o enriquecemento da análise dos resultados que vaian arroxando as táboas de continxencia. Facer notar, por último, que no caso das táboas estas amosan os resultados dos dous pases de cuestionarios feitos no curso 2015-2016 e 2016-2017, o que permite observar se o avance académico e a maior información que teñen os alumnos/as segundo avanza a súa formación inflúe dalgún xeito na percepción que teñen dos TCA.

10.1. O RECOÑECIMIENTO DOS TCA POR PARTE DO ESTUDANTADO

O nivel de recoñecemento dos estudantes dos trastornos obxecto de estudo é de nivel baixo. Como se pode ver na táboa 35, en primeiro lugar chama a atención o sobre diagnóstico da Bulimia, que alcanza o 58%, na primeira vez que se pasan os cuestionarios, para subir ao 63,6% na segunda. Recórdese que pola distribución dos cuestionarios eses tantos por cento deberían ser do 50%. A iso súmase o infrarecoñecemento da anorexia, que rolda o 30% nos dous casos, cando, de novo, debería alcanzar o 50%. Ademais, tanto nun caso como no outro, un 12,5% das persoas enquisadas identifican a descrición da *viñeta clínica* cun TCA, pero que non sería nin anorexia nin bulimia.

⁵⁹ Os capítulos nos que se exporán a análise dos resultados desta investigación irán encabezados por citas literais extraídas das transcricións dos grupos de discusión levados a cabo co alumnado. Recórdase que a codificación elixida para os grupos de discusión pode atoparse no capítulo 1 deste traballo (ver táboa 6).

Por outra banda, cerca do 60% das persoas enquisadas asimilan os TCA a unha baixa autoestima, ou a problemas de ansiedade. E un tanto por cento crecente, os asimilan a dietas non axeitadas.

Táboa 35: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado 2015-2016

Bulimia	58,6%
Baixa autoestima	58,4%
Problema de saúde mental	33,5%
Anorexia	32,5%
Trastorno de ansiedade	20,8%
Trastorno da conduta alimentaria	12,5%
Dieta non axeitada	10,3%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Neste sentido, nos grupos de discusión existe unha sorprendente homoxeneidade nos resultados polo que se tratarán conxuntamente. O estudantado só identifica nos grupos tres tipos de TCA: a anorexia, a bulimia e a vigorexia. Igual que pasará no caso dos/as profesionais, o alumnado asigna un papel importante á autoestima, xa que a presentan como un dos principais factores de risco para a aparición deste tipo de trastornos.

Ás dificultades de identificación dos TCA sumaríanse a falta de información respecto a dimensións como os síntomas destes trastornos. Os estudantes só identifican o “Non comer”⁶⁰(GTS) e “Comer moito, pouco, comer demasiado, non comer nada...ou comer e logo soltalo”(GM).

Táboa 36: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado 2016-2017

Bulimia	63,6%
Baixa autoestima	58,2%
Anorexia	34,8%
Problema de saúde mental	33,8%
Trastorno de ansiedade	19%
Dieta non axeitada	16,1%
Trastorno da conduta alimentaria	12,5%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Se observamos os resultados en función do grao que están estudando os resultados son os que se mostran a continuación (ver da táboa 37 á 42).

Táboa 37: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de traballo social 2015-2016

Baixa autoestima	64,2%
Bulimia	58,9%
Problema de saúde mental	28,4%
Anorexia	27,4%
Trastorno de ansiedade	25,3%
Trastorno da conduta alimentaria	24 %
Dieta non axeitada	18,9%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Como se pode observar na táboa 37, mantéñense a importancia da autoestima e a bulimia, aínda que esta sofre unha importante caída no segundo pase de cuestionarios ata alcanzar algo máis do 46% das persoas enquisadas. Seguen aparecendo problemas de identificación da anorexia, que baixa de pouco máis dun 27% ata situarse case no 16%. E segue medrando a consideración de que existe unha dieta non axeitada, que sube ata ser marcada por un 24% dos enquisados/as. A isto se sumaría preto dun 25% dos enquisados, que baixan a un 22%, que recoñecen un TCA, pero non o identifican nin ca anorexia nin ca bulimia. Algo sorprendente dado que nos grupos de discusión, como se mencionou en parágrafos anteriores son os únicos diagnósticos que se nomean como tipos de TCA.

⁶⁰O grupo de Traballo social identificarase como GTS, o de Psicoloxía como GP e o de Medicina como GM.

Táboa 38: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de traballo social 2016-17

Baixa autoestima	56,6%
Bulimia	46,6%
Trastorno da conduta alimentaria	22,4%
Problema de saúde mental	24,1%
Dieta non axeitada	24,1%
Trastorno de ansiedade	17,2%
Anorexia	15,5%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

No caso do alumnado de Psicoloxía os patróns repítense, como se pode ver na táboa 39. É dicir, pódese atopar a sobrerrepresentación da bulimia, a importancia asignada á autoestima, a infrarepresentación da anorexia, o papel crecente da dieta non axeitada e a presenza dun tanto por cento de persoas que identifican un TCA distinto á anorexia ou a bulimia. Pero neste caso, a elección do trastorno de ansiedade sube un 7,6%, do primeiro ao segundo pase de cuestionarios, fronte aos estudantes de traballo social, que baixan un 8,1%.

Táboa 39: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de psicoloxía, 2015-16

Baixa autoestima	63,5%
Bulimia	60,4%
Anorexia	32,3%
Problema de saúde mental	31,3%
Trastorno de ansiedade	19,8%
Dieta non axeitada	10,4%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

A diferenza dos/as estudantes de traballo social, neste caso a bulimia acaba por ocupar unha posición cada vez máis relevante ata alcanzar máis do 68% das respostas (ver táboa 40). Producíndose isto, en parte, pola baixada das eleccións da baixa autoestima como explicación da situación narrada na *viñeta clínica*. Existe arredor dun 30% do alumnado de psicoloxía que identifica un problema de saúde mental, pero non se pronuncia sobre a súa especificidade. Finalmente, un tanto por cento crecente de estudantes identifican os TCA con problemas de ansiedade.

Táboa 40: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de psicoloxía, 2016-17

Bulimia	68,4%
Baixa autoestima	55,8%
Problema de saúde mental	34,7%
Trastorno de ansiedade	27,4%
Anorexia	26,3%
Dieta non axeitada	18,9%
Trastorno da conduta alimentaria	17,9%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

No caso dos/as estudantes de medicina, contidos na táboa 41, mantense o patrón mencionado nos casos anteriores: sobrerrepresentación da bulimia, a importancia asignada á autoestima, a infrarepresentación da anorexia, o papel crecente da dieta non axeitada e a presenza dun tanto por cento de persoas que identifican un TCA distinto á anorexia ou a bulimia.

Táboa 41: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de medicina, 2015-16

Bulimia	57,7%
Baixa autoestima	53,7%
Problema de saúde mental	36,6%
Anorexia	34,8%
Trastorno de ansiedade	19,4%
Trastorno da conduta alimentaria	13,7%
Dieta non axeitada	6,6%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Aínda que, nesta ocasión, a anorexia é o caso no que recibe o maior número de respostas, alcanzando o 43% das mesmas. Ademais, no curso 2016-2017 a resposta do TCA indeterminado baixa ata quedar reducido a preto dun 8% das respostas.

Destaca, asemade, o tanto por cento máis baixo de persoas enquisadas que relacionan a dieta non axeitada cos TCA, aínda que sorprendentemente, este medra de case un 7% ata alcanzar practicamente un 13%.

E de novo, como no caso do alumnado de traballo social, o trastorno de ansiedade baixa un 3,5% do primeiro ao segundo pase dos cuestionarios, como reflicten os tantos por cento recollidos na táboa 42.

Táboa 42: Recoñecemento do diagnóstico do estudantado de medicina, 2016-17

Bulimia	65,9%
Baixa autoestima	59,1%
Anorexia	43,1%
Problema de saúde mental	35,8%
Trastorno de ansiedade	15,9%
Dieta non axeitada	12,9%
Trastorno da conduta alimentaria	7,8%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

10.2 A PERCEPCIÓN DOS TCA DO ESTUDANTADO

10.2.1. A definición dos TCA

Para complementar o nivel de identificación dos TCA, nos cuestionarios preguntouse a continuación sobre a categoría que respondería máis axeitadamente a este tipo de trastornos.

Táboa 43: Percepción da definición dos TCA do estudantado de traballo social

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Trastorno	70,5%	70,7%
Enfermidade	14,7%	19%
Síndrome	1,1%	3,4%
Ten un problema persoal	10,5%	5,2%

Sorprende que, como se pode ver na táboa 43, un 10% das persoas enquisadas no curso 2015-2016, e pouco máis do 5% no 2016-2017 consideren que os TCA son problemas persoais dos individuos, xa que isto supón cargar as tintas sobre a responsabilidade, ou culpabilidade, das persoas. A partir de aí a resposta máis repetida é a definición dos TCA como trastornos. Como é ben sabido todas as entidades definidas como doenzas mentais serían en realidade trastornos. Esta, como se verá, será a resposta elixida pola maioría do estudantado dos tres graos obxecto desta investigación.

Agora ben, nos grupos de discusión aparece o discurso que ampara esta elección. Os estudantes das tres disciplinas amosan unha consideración da enfermidade como un concepto que estaría vencellado á parte física das persoas, mentres que o trastorno o estaría ao mental. Ademais a enfermidade interprétase como de máis gravidade. No grupo de psicoloxía unha das participantes di: “Home, eu creo que a enfermidade é eeh...abrange todo, non? E un trastorno xa é algo máis tipo de...eu, por exemplo, o...o achaco máis aaaa...a un trastorno psicolóxico”, á que apoia outra das participantes dicindo “a enfermidade física, e o trastorno...máis da enfermidade mental” (GP). No grupo de traballo social apuntan que “Canto máis grave sexa...máis lóxico é meter o termo enfermidade” (GTS)(ver capítulo 3).

A enfermidade, por outra banda, vese como algo transitorio, é dicir, curable; é algo que está hoxe pero mañá quizais non esté. Isto pode inducir a unha percepción dos trastornos mentais como algo inalterable e que, polo tanto, non se pode modificar. Máis adiante verase, no caso dos profesionais, que este tipo de percepcións, ata certo punto mudan, pero permanecen no eido da ambigüidade ou ambivalencia xa que algúns profesionais oscilan entre a consideración da

posibilidade de curación ou non nos TCA. Un participante nun grupo di que “asocio máis enfermidade a algo que aparece e ten...ou sexa, pódese...eh, como curar, non? (...) a enfermidade máis como algo que parece e que pode ser transitorio” (GP).

O que si se manterá nos resultados obtidos nesta investigación é a consideración dunha asignación pexorativa do trastorno, fronte ao de enfermidade. Esta etiquetaxe, pódese atopar dende o primeiro grupo de estudantes de primeiro ata as transcripcións das entrevistas levadas a cabo cos profesionais con máis anos de experiencia laboral. O trastorno considérase pexorativo e despectivo, e debería ser usado con coidado para non danar aos doentes, ou persoas usuarias. Como di un dos estudantes, as persoas coas que se interven o poden tomar a mal. De aí que un dos profesionais entrevistados propoña o uso de trastorno, síndrome e enfermidade, en función da súa utilidade terapéutica con cada persoa concreta coa que se traballe nun momento determinado.

Táboa 44: Percepción da definición dos TCA do estudiantado de psicoloxía

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Trastorno	79,2%	82,1%
Enfermidade	15,6%	11,6%
Síndrome	1%	0,0%
Ten un problema persoal	4,2%	4,2%

Como se pode observar na táboa 44, no caso do alumnado de psicoloxía, a asignación do trastorno medra arredor dun 10% en relación ao caso do estudiantado de traballo social. Por outra banda, manteríase unha certa correspondencia no que atinxe ás porcentaxes en relación a enfermidade e síndrome. E baixaría a consideración dos TCA como un problema persoal.

Táboa 45: Percepción da definición dos TCA do estudiantado de medicina

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Trastorno	64,3%	76,3%
Enfermidade	25,6%	17,7%
Síndrome	1,3%	2,2%
Ten un problema persoal	7%	3%

No caso do estudiantado de medicina, contido na táboa 45, os resultados manterían as xerarquías nos resultados nesta pregunta, é dicir, preponderancia da consideración dos TCA como trastornos; a posición media sería ocupada pola enfermidade; a síndrome situaríase nunha posición case residual. E só o 3% dos enquisados/as acaban identificando os TCA con problemas de carácter persoal.

A modo de resume do explicado ensértase a táboa 46 na que se poden ver as respostas dadas pola totalidade das persoas enquisadas.

Táboa 46: Percepción da definición dos TCA do total do estudiantado enquisado

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Trastorno	69,1%	76,9%
Enfermidade	20,8%	16,4%
Síndrome	1,2%	1,8%
Ten un problema persoal	7,2%	3,6%

10.2.2. A percepción da etioloxía dos TCA

En relación ás causas que o estudiantado percibe nos TCA queda extremadamente claro que na mesma non opera o imaxinario biolóxico. De feito, como reflicten os resultados contidos na táboa 47, non deixa de ser rechamante o feito de que só dous dos enquisados marcasen a causalidade biolóxica deste tipo de trastornos no curso 2016-2017. Os factores que foron máis tidos en conta polo estudiantado foron os de tipo psicolóxico que roldan o 60% das respostas. En segundo lugar atópanse os medios de comunicación, que estarían arredor do 19%. Nótese que a suma de ambos factores alcanza o 83% das respostas no curso 2015-2016, e o 78,5% no curso 2016-2017; o que

case reduce a nivel residual o resto das respostas que se poden amosar: os factores ambientais e o estrés.

Táboa 47: Percepción da etiología dos TCA do estudiantado enquisado

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Factores psicológicos da persoa	64,6%	59%
Os medios de comunicación	18,7%	19,5%
Factores ambientais	7,4%	9,1%
O estrés	4,8%	2,1%
Factores biolóxicos	0,0%	0,5%

Se observamos a distribución por graos de estudo, podemos detectar algún resultado interesante.

Táboa 48: Percepción da etiología dos TCA do estudiantado de traballo social

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Factores psicológicos da persoa	71,6%	44,8%
Os medios de comunicación	16,8%	32,8%
Factores ambientais	3,2%	13,8%
O estrés	7,4%	1,7%
Factores biolóxicos	0,0%	0,0%

Na táboa 48 pódese ver como os factores psicológicos caen un 26,8% do primeiro, ao segundo ano de formación. Pola contra, o peso atribuído aos medios de comunicación ascende un 16% no mesmo período. Os factores ambientais tamén sofren unha subida dun pouco máis do 10%. Estas subidas serían compensadas pola caída das respostas que valoran o papel causal do estrés neste tipo de trastornos; o estrés, como se ven dicindo, esborállanse ata un 1,7% no curso 2016-2017. E, finalmente, ningún estudante de traballo social, en ningún dos dous pases de cuestionarios marcaron os factores biolóxicos como determinantes dos TCA. Estas subidas e baixadas, poden ser atribuídas á formación que o alumnado está a recibir, xa que nesta disciplina a lente usada para analizar os obxectos de análise e intervención son as dimensións sociais e interaccionais que mantemos os seres humanos. Isto explicaría que os factores psicodinámicos, sen deixar de terse en conta, baixen considerablemente dun ano ao outro.

Táboa 49: Percepción da etiología dos TCA do estudiantado de Psicología

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Factores psicológicos da persoa	56,3%	53,7%
Os medios de comunicación	17,7%	20%
Factores ambientais	18,8%	12,6%
O estrés	2,1%	5,3%
Factores biolóxicos	0,0%	0,0%

Os resultados dos estudantes de psicología, expostos na táboa 49, tamén posicionan os factores psicológicos como os que inflúen en maior grao nos TCA. Os medios de comunicación tamén xogarían o seu papel, pero só son sinalados no curso 2016-2017 polo 20% dos estudantes desta disciplina. Os factores ambientais, ao contrario do que pasaba co alumnado de traballo social, cae un 6,2% na súa influencia como factor causante deste tipo de trastornos. A pauta de influencia do estrés tamén se inverte respecto ao alumnado de traballo social, subindo neste caso un 3,2% do primeiro ao segundo ano de formación do estudiantado. Así pois, como semella pasar no caso dos estudantes de traballo social, na psicología a mirada que se lles transmite na formación pode influír no crecemento da influencia asignada ao estrés como elemento individual e a redución dos factores ambientais, por definición máis ligados ao social e o seu contorno. De novo, ningún estudante de psicología considera relevantes os factores biolóxicos na etiología dos TCA.

Táboa 50: Percepción da etiloxía dos TCA do estudiantado de medicina

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Factores psicolóxicos da persoa	65,2%	64,7%
Os medios de comunicación	19,8%	15,9%
Factores ambientais	4,4%	6,5%
O estrés	4,8%	0,9%
Factores biolóxicos	0,0%	0,9%

Finalmente, no caso dos estudantes de medicina como se pode ver na táboa 50, volveríamos a atopar os factores psicolóxicos como os máis influentes na etiloxía dos TCA. Os medios de comunicación perden case un 4% da súa presenza nas respostas dos enquisados/as. Aparecen finalmente, as únicas dúas persoas que sinalan a importancia dos factores biolóxicos no curso 2016-2017.

10.2.3. A percepción da información sobre os TCA

Aos estudantes plantexóuselles a pregunta de se consideraban que o público en xeral ten suficiente información sobre os TCA.

Táboa 51: Valoración do estudiantado do nivel de información do público en xeral sobre os TCA, 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicología	Traballo social	Medicina	
Cres que o PÚBLICO EN XERAL ten suficiente información sobre problemas coma o que pode ter el/ela?	Si	Recuento	7	4	17	28
		% dentro de Estudiante	7,4%	6,9%	7,3%	7,3%
	No	Recuento	86	51	205	342
		% dentro de Estudiante	90,5%	87,9%	88,4%	88,8%
	3	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de Estudiante	1,1%	1,7%	0,0%	0,5%
	Non sabe	Recuento	1	1	7	9
		% dentro de Estudiante	1,1%	1,7%	3,0%	2,3%
	Non contesta	Recuento	0	1	3	4
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	1,3%	1,0%
Total		Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Na táboa 51 pódese ver que case o 89% do estudiantado cre que o público en xeral non ten suficiente información sobre os TCA. Sobre este particular, o alumnado nos grupos de discusión aducen que un dos instrumentos máis importantes en relación á influencia que provocan na sociedade é a publicidade. Esta estaría promovendo unha “cultura ao corpo” (GM). Esta provoca que haxa que “ocultar os signos da vellez. Eu iso cada vez o vexo máis, tanto homes coma mulleres” (GM). Todo isto reverte sobre a obsesión polo corpo a partir da imaxe ideal proposta e transmitida polos medios de comunicación.

Esta publicidade afectaría especialmente ás mulleres xa que como di unha das participantes nun grupo de discusión “Eu creo que afecta máis ás mulleres e precisamente por ese tema de cultura tamén, porque aínda é moiiiii...machista. Sempre aparece a muller guapa een...na publicidade do coche, na publicidade de perfumes...máis mulleres que homes” (GTS). E se argumenta que afectaría tamén máis ás persoas homosexuais, aínda que a propia persoa que o di parece razoar consigo mesma sobre este asunto dicindo que

Eu...igual podería pensar que afecta máis aos rapaces homosexuais, ao mellor, pero igual é unha crenza miña (...). Eeh...non sei, igual...é...unha apreciación un pouco machista, pero...ao mellor preocupáanse máis da imaxe corporal, máis que...Ben, agora xa eu creo

que...está medrando todo, non? Pero eu creo que un chico homosexual preocúpase máis da imaxe (GTS).

Isto foi contestado por outra persoa do grupo que defende que existiría unha tendencia de maior preocupación no xénero masculino cara a súa imaxe. Esta persoa di que,

Eu creo que non [se daría a maior preocupación nas persoas homosexuais], eu creo que hm...que realmente, eh...O que ocorre, ou ás veces ocorre, é que ao rapaz que se coida ou que se preocupa pola súa imaxe, pois todo o mundo di “Non, buah...este...é....máis de que...

-Un pouco mariquita.

-Siii...perooo...eu o digo polo meu contorno eh...Hai rapaces que empezan a preocuparse moito por este tema, que empezan a obsesionarse con este tema....Non ten nada que ver coa orientación sexual eee...cada vez o vexo máis” (GTS).

Finalmente outra persoa apunta que “tamén algúns é como para...parecer máis femininos. Semellarse un pouco máis a...ao corpo da muller de...eles cren que deberían....deberían telo, vamos. Iso no meu grupo pasa” (GTS).

Se o proxectamos sobre o que se verá cos profesionais veremos que esta percepción da falta de información mudará totalmente. Como se verá os/as profesionais consideran que si habería suficiente información, mesmo demasiada. Algún psiquiatra mesmo defenderá que as campañas de sensibilización e prevención serían inútiles xa que a información non consegue mudar, ou eliminar, as crenzas irracionais, os prexuízos ou o estigma.

Pero, tamén se lles preguntou ás persoas enquisadas se a información existente entre o público en xeral sería correcta.

Táboa 52: Valoración do estudantado da corrección da información do público en xeral sobre os TCA, 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicología	Traballo social	Medicina	
Cres que a información do PÚBLICO XERAL sobre o problema que pode ter el/ela, en caso de existir, é	Correcta	Recuento	9	9	38	56
		% dentro de Estudiante	9,5%	15,5%	16,4%	14,5%
	Incorrecta	Recuento	57	37	155	249
		% dentro de Estudiante	60,0%	63,8%	66,8%	64,7%
	Non sabe	Recuento	25	10	34	69
		% dentro de Estudiante	26,3%	17,2%	14,7%	17,9%
	Non contesta	Recuento	4	2	5	11
		% dentro de Estudiante	4,2%	3,4%	2,2%	2,9%
Total		Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nesta ocasión, como se pode ver na táboa 52, atopámonos de entrada cun tanto por cento relativamente elevado do alumnado –de case o 18%–, que di non saber que responder. Ademais disto case o 65% dos/as estudantes consideran que a información sobre os TCA do público en xeral é incorrecta.

Neste capítulo, co que se comeza a exposición dos resultados desta investigación explicouse que o estudantado de todos os graos estudados amosan unha baixa capacidade de recoñecemento dos TCA xa que adoitan a identificar a estes preponderantemente ca bulimia, en detrimento da anorexia. Por outra banda, parte do estudantado aluden a outro tipo de TCA, cando nos grupos de discusión os únicos diagnósticos aludidos polos/as participantes son a bulimia e anorexia. Ademais, o estudantado vencella nun alto grao os TCA a persoas con baixa autoestima.

En canto á percepción dos TCA estes son identificados con trastornos, cunha etioloxía situada en causas de tipo psicolóxico, xa que, segundo as persoas enquisadas as enfermidades defínense como alteracións físicas mentres que os trastornos serían alteracións psicolóxicas.

Asemade, os enquisados/as opinan que a sociedade –o público en xeral-, non ten suficiente información sobre os TCA. E que a que teñen, ademais, non é correcta.

Se neste capítulo atopámonos con estes puntos de partida en relación á percepción do que é un TCA no próximo capítulo explorarase que tipo de influencia ten esta percepción en relación a que tratamentos considera o alumnado que habería que aplicar a este tipo de trastornos, que profesionais consideran os máis axeitados para levalos a cabo e cal pode ser o resultados destes tratamentos: a curación ou a cronificación das situacións.





CAPÍTULO 11

OS TRATAMENTOS DOS TCA

- Un equipo multidisciplinar é o ideal para estes...eu creo, eh?...para estes casos.
- Eu creo que multi, pero prioritario psicolóxico. Porque...o que vimos dicindo desde o principio, son as crenzas dunha persoa que hai que ir abríndolle...e que vaia vendo que non ter por que ser así.

GP

Neste capítulo expóranse os resultados obtidos co estudantado no referente á súa percepción dos TCA. Daquela explícase cales son os tratamentos que o alumando considera máis útil, os profesionais que serán máis axeitados para levalos a cabo e cal é o resultado último dos mesmos, é dicir, se cos TCA se pode alcanzar unha curación total ou se, pola contra, sempre quedan algún tipo de alteracións na conduta das persoas.

11.1. OS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

As persoas enquisadas, na undécima pregunta do cuestionario, ofréceneselles un total de dez opcións de figuras profesionais (ver anexo I), plantexándoselle a necesidade de elixir ata un máximo de tres para levar a cabo o tratamento dun TCA. O resumo de resultados para esta cuestión atópanse na táboa 53.

Táboa 53: Profesionais que o estudantado considera máis axeitados para tratar un TCA

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Psicólogo/a	88,0%	87,0%
Dietista/Nutricionista	81,1%	81,6%
Psiquiatra	37,8%	52,2%
Médico/a de familia	23,4%	25,7%
Traballador/a social	11,5%	6,8%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Se se seguen ao pé da letra as instrucións dadas no cuestionario, no sentido de elixir tres das figuras profesionais propostas, poderíase concluír que as persoas enquisadas consideran relevantes para o tratamento dos TCA os/as profesionais da psicoloxía, os/as dietistas/nutricionistas e os/as psiquiatras; quedando fóra da ecuación os traballadores/as sociais. Ademais disto o psicólogo/a e dietista/nutricionista acaparan as maiores porcentaxes co arredor dun 88% e dun 81%, respectivamente. No terceiro lugar atopamos os/as psiquiatras, que no curso 2015-2016 quédanse case nun 38%, para subir ata o 52% no seguinte curso (é dicir, unha subida do 14,4%).

Debe sinalarse que só o 11% dos enquisados sitúan como relevante a figura do traballador/a social no equipos multidisciplinares de intervención no curso 2015-2016. Esta porcentaxe aínda baixa máis no seguinte curso, ata o 6,8% do estudantado. Estes resultados pódense explicar a partir

das táboas que se atopan a continuación neste traballo, nas que se pregunta pola utilidade que o alumnado percibe nos labores destes profesionais. Por outra banda, nos resultados da investigación levada a cabo cos/as profesionais, queda patente o descoñecemento do rol dos traballadores/as sociais, situándose esta na ineficacia dado que o resto dos profesionais din nunca necesitaron ao longo da súa vida laboral desta figura profesional. Isto, como se verá no capítulo 19 forma parte do conflito existente entre as distintas profesións investigadas xa que os/as profesionais da psiquiatría, por exemplo, artellan os seus discursos arredor do feito de que a psicoloxía e o traballo social non ostentan un saber que lexitime/xustifique un facer nos equipos e na intervención cas persoas afectadas dun TCA.

Táboa 54: Profesionais que o estudiantado de traballo social considera máis axeitados para tratar un TCA

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Psicólogo/a	88,4%	79,3%
Dietista/Nutricionista	75,8%	79,3%
Médico/a de familia	21,1%	27,6%
Psiquiatra	27,4%	25,9%
Traballador/a social	37,9%	37,9%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Na táboa 54 pódense ver as eleccións para o equipo de tratamento feitas polo alumnado de traballo social. Os psicólogos/as seguen ocupando o primeiro posto, aínda que sofren unha caída do 9%, do primeiro ao segundo ano. Pola contra, o/a dietista/nutricionista é elixido por un 3,5% máis dos enquisados/as. O que tamén subiría é o médico/a de familia, que o fai nun 6,5%. Baixa lixeiramente a opción do psiquiatra. E o traballador/a social queda ancorada case nun 38%.

Destacar que sorprende que o propio alumando de traballo social só faga a escolla deste profesional nun 37,9%. Se dalgún xeito se pode explicar isto é polas argumentacións que dan os propios alumnos/as no grupo de discusión. Os alumnos/as mostran unha gran resistencia a asumir como parte das súas funcións a intervención con persoas cun diagnóstico de TCA. Os/as estudantes consideran que facer tal cousa suporía unha intromisión no eido de traballo doutros profesionais, entre os que destacan os médicos/as e os/as profesionais da psicoloxía. Por outra banda, como se explicará polo miúdo nos resultados da investigación cualitativa, o rol do traballador/a social é un rol afectado por unha serie de contradicións, tanto externas –é dicir, cara á propia sociedade, como cara aos outros/as profesionais-, como internas. Estas últimas concretaríanse na indefinición de rol e a non coincidencia do rol teórico, co rol da súa vida laboral cotiá. O que segundo estes profesionais remataría por desvirtuar o seu rol, e consecuentemente as súas funcións e a percepción que do traballo social e os servizos sociais mostre a sociedade e o resto das profesións (ver capítulo 19).

Táboa 55: Profesionais que o estudiantado de psicoloxía considera máis axeitados para tratar un TCA

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Psicólogo/a	97,9%	89,5%
Dietista/Nutricionista	87,5%	89,5%
Médico/a de familia	21,9%	24,2%
Psiquiatra	32,3%	32,6%
Traballador/a social	4,2%	0,0%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

No caso dos alumnos/as de psicoloxía (ver táboa 55) sitúan a súa disciplina no eixo que debe artellar os tratamentos dos TCA. A elección do/a profesional de psicoloxía alcanza neste caso case un 98% o primeiro ano de formación, para baixar logo a case o 90%. Máis ou menos na mesma porcentaxe atoparíase o dietista/nutricionista que oscila un 2% entre o 87,55% e o 89,5%. A continuación atoparíase o/a psiquiatra, que neste colectivo alcanza o 32% das eleccións. O médico/a de familia concitaría arredor do 22% das escollas. E finalmente, atopamos aos traballadores/as

sociais que no último ano no que se pasan os cuestionarios non conseguen que ningún estudante os escolla.

Neste caso parece rechamante a porcentaxe alcanzada pola figura do/a psiquiatra, algo que atopa resposta no que semella un conflito larvado entre os profesionais da psicoloxía e da psiquiatría. Este conflito asume a forma da superposición dos roles (en concreto na función da terapia), e na posta en cuestión por parte dos profesionais da propia utilidade dos/as psiquiatras, cuxas funcións semellan reducir á prescrición e control do seguimento da medicación como se explicará no capítulo adicado a estas cuestións.

Por outra banda, a pouca consideración dos traballadores/as sociais atópase no descoñecemento dos roles e funcións destes profesionais. Algo que fai aparición ao inicio da formación dos profesionais da psicoloxía e psiquiatría, pero que segue presente en profesionais entrevistados/as despois de quince ou vinte anos de vida laboral.

Táboa 56: Profesionais que o estudiantado de medicina considera máis axeitados para tratar un TCA

	CURSO 2015/2016	CURSO 2016/2017
Psicólogo/a	83,7%	82,3%
Dietista/Nutricionista	80,6%	78,9%
Médico/a de familia	25,1%	25,9%
Psiquiatra	44,5%	66,8%
Traballador/a social	3,5%	1,7%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

De novo, no caso do alumnado de medicina, como se pode ver na táboa 56, son os profesionais da psicoloxía os que encabezan o ranquin de profesionais máis axeitados para intervir cun TCA. Os psicólogos/as alcanzan arredor do 83% das escollas. Pero, neste caso concreto, o dietista/nutricionista case alcanza esa porcentaxe, subindo o nivel de eleccións ata arredor do 80%. Prodúcese, ademais, unha importante subida no alumnado que considera imprescindible a participación do/a psiquiatra no equipo. O crecemento desta porcentaxe é do 22,3% do primeiro ao segundo ano de formación.

Outra vez, a figura do traballador/a social redúcese case un 2%, ata situar ao alumnado que o contempla como necesario para o equipo de intervención, nun 1,7% do total de alumnado de medicina que resposta ao cuestionario. E, como se expuso no caso dos estudantes de psicoloxía, o descoñecemento do rol convértese na chave explicativa da escolla. E tamén neste caso, a situación proxéctase cara os profesionais da psiquiatría (ver capítulo 19).

Dado o exposto, considérase importante recoller as táboas nas que o alumnado valora a utilidade da figura dos/as profesionais do traballo social en relación á súa aportación a un equipo multidisciplinar de intervención que traballe con persoas cun diagnóstico de TCA.

Táboa 57: Valoración do alumnado no curso 2015-16, da utilidade dun/ha profesional do traballo social para tratar un TCA

	Psicoloxía	Traballo social	Medicina
Útil	30,2%	47,4%	25,1%
Nin útil, nin prexudicial	54,2%	38,9%	58,0%
Prexudicial	0,0%	1,1%	3,4%
NS/NC	15,6%	12,6%	13,5%

Como se pode observar o primeiro que chama a atención nos resultados sobre a percepción da utilidade dos profesionais da táboa 57 é a porcentaxe, relativamente elevada, de persoas enquisadas que marcan a opción correspondente co *Non sei/non contesta*. A pesar do comentado nos parágrafos anteriores o 30% do alumnado de psicoloxía e o 25% do alumnado de medicina, consideraría útil a participación dun profesional do traballo social nos equipos de intervención. Esta cifra elévase ata o 47% do alumnado de traballo social. Aínda que estas porcentaxes, como se pode comprobar non

serían coherentes ca valoración da inclusión destes profesionais nos equipos dos que quedan practicamente excluídos/as.

Táboa 58: Valoración do alumnado no curso 2016-17, da utilidade dun/ha profesional do traballo social para tratar un TCA

	Psicoloxía	Traballo social	Medicina
Útil	13,7%	67,2%	34,5%
Nin útil, nin prexudicial	78,9%	27,6%	49,6%
Prexudicial	1,1%	1,8%	3,8%
NS/NC	6,3%	3,4%	12,1%

Destaca, asemade, o feito de que case o 4% do alumnado de medicina considere prexudicial a participación destes profesionais nos equipos (ver táboa 58). E, aínda máis rechamante sería que case un 2% do propio alumnado de traballo social esté de acordo con esta valoración negativa da participación dos profesionais desta disciplina na intervención ou tratamento dos TCA.

No curso 2016-2017 as porcentaxes sofren un cambio importante. Neste momento a percepción de utilidade por parte do estudantado de psicoloxía baixa un 16,5% ata situarse nun 13,7%. O que, por outra banda, encaixa mellor cos resultados da investigación das entrevistas cualitativas realizadas aos/ás profesionais desta disciplina. Ao mesmo tempo, medra a percepción da perigosidade que pode implicar deixar intervir aos traballadores/as sociais nos equipos ata o 1,1% das persoas enquisadas.

Pola súa banda, o alumnado de medicina reforza a súa percepción da utilidade dos profesionais do traballo social, cunha subida da porcentaxe do 9,4%, que semella desprazarse dende a posición neutral da valoración do curso anterior. Ao mesmo tempo sube un 0,4 a porcentaxe de alumnos/as de medicina que considera prexudicial a participación dos traballadores/as sociais nos equipos.

11.2. A PERCEPCIÓN DOS TRATAMENTOS

11.2.1. Os tipos de tratamentos

En calquera dos dous pases de cuestionarios queda patente a preferencia polo tratamento terapéutico, que alcanza en todas as disciplinas valores superiores ao 90% (ver táboa 59). O que, por outra banda, sería coherente ca consideración dos TCA como trastornos psicolóxicos (ver capítulo 10).

Táboa 59: Valoración do alumnado do tipo de tratamento axeitado curso 2015-16

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Que tipo de axuda sería máis importante?	Tratamento terapéutico	Recuento	95	92	220	407
		% dentro de Estudiante	100,0%	98,9%	99,5%	99,5%
	Tratamento farmacolóxico	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,1%	0,5%	0,5%
Total	Recuento		95	93	221	409
	% dentro de Estudiante		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En realidade, ningún dos alumnos/as de psicoloxía, tanto no primeiro ano (táboa 54) como no segundo (táboa 60), marca a opción do tratamento farmacolóxico. Sendo as porcentaxes residuais no resto do alumnado. De novo o resultado resulta coherente coa percepción dos TCA como alteracións psicolóxicas que se producen nas persoas e que deberían de ser tratadas con terapia psicolóxica, o que coincidiría co recomendado en función dos resultados da investigación feita ata estes momentos (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez e Amigo, 2015). Aínda que as propias guías de tratamento recoñezan que falte moita investigación sobre este tipo de trastornos.

Táboa 60: Valoración do alumnado do tipo de tratamento axeitado curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Que tipo de axuda sería máis importante?	Tratamento terapéutico	Recuento	93	54	226	373
		% dentro de Estudiante	97,9%	93,1%	97,4%	96,9%
	Tratamento farmacolóxico	Recuento	0	1	2	3
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,9%	0,8%
	Non sabe	Recuento	1	3	1	5
		% dentro de Estudiante	1,1%	5,2%	0,4%	1,3%
	Non contesta	Recuento	1	0	3	4
		% dentro de Estudiante	1,1%	0,0%	1,3%	1,0%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

A continuación se lles pregunta aos enquisados pola utilidade de determinadas sustancias no tratamento a seguir, tantos de sustancias naturais como de medicinas. Os resultados que se expoñen nas táboas 61 e 62 poñen de manifesto que, en relación aos antidepressivos, prodúcese unha caída do 12,6% na percepción da utilidade deste tipo de fármacos por parte do alumnado de psicoloxía. Outro tanto ocorre co alumnado de traballo social cuxa percepción da utilidade dos antidepressivos cae un 23,2%. Medicina, pola súa parte, segue ca pauta establecida polos outros dous graos e cae un 13,1% respecto ao primeiro pase dos cuestionarios.

Táboa 61: Valoración do alumnado da utilidade dos antidepressivos no tratamento dos TCA curso 2015-16

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Antidepressivos	Útil	Recuento	37	36	125	198
		% dentro de Estudiante	46,3%	43,9%	64,4%	55,6%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	14	15	23	52
		% dentro de Estudiante	17,5%	18,3%	11,9%	14,6%
	Prexudicial	Recuento	29	31	46	106
		% dentro de Estudiante	36,3%	37,8%	23,7%	29,8%
Total	Recuento	80	82	194	356	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Debe sinalarse, en calquera caso, as altas porcentaxes que alcanza neste caso a contestación *Non sabe*, rozando o vinte por cento en todo o alumnado. Isto poría de manifesto, se comparamos a alta porcentaxe en comparación ca alcanzada polo non sabe no resto das preguntas que contemplan esa opción, que neste caso concreto o alumnado vese ante un asunto que lles esperta a dúbida sobre a utilidade deste tipo de sustancias.

Táboa 62: Valoración do alumnado da utilidade dos antidepressivos no tratamento dos TCA curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Antidepressivos	Útil	Recuento	32	12	119	163
		% dentro de Estudiante	33,7%	20,7%	51,3%	42,3%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	16	15	33	64
		% dentro de Estudiante	16,8%	25,9%	14,2%	16,6%
	Prexudicial	Recuento	29	20	38	87
		% dentro de Estudiante	30,5%	34,5%	16,4%	22,6%
	Non sabe	Recuento	18	10	41	69
		% dentro de Estudiante	18,9%	17,2%	17,7%	17,9%
	Non contesta	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,4%	0,5%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

A continuación se lles preguntou ao alumnado sobre a utilidade do uso de vitaminas nos tratamentos. Neste caso concreto, como se pode ver na táboa 63, sorprenden as altas porcentaxes alcanzadas pola apreciación da utilización deste tipo de sustancias. Como se pode ver na seguinte táboa máis da metade do alumnado enquisado percibe a utilidade do uso das vitaminas. Pero sorprende aínda máis que as porcentaxes do estudantado de traballo social e psicoloxía suban no segundo ano que se pasaron os cuestionarios (ver táboa 64). Ademais a suba correspóndese cun 6,2%, no caso de psicoloxía, e cun 2% en traballo social. Só medicina baixa lixeiramente, un 0,3%.

Táboa 63: Valoración do alumnado da utilidade das vitaminas no tratamento dos TCA, curso 2015-16

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Vitaminas	Útil	Recuento	46	49	109	204
		% dentro de Estudiante	51,7%	58,3%	54,2%	54,5%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	43	33	84	160
		% dentro de Estudiante	48,3%	39,3%	41,8%	42,8%
	Prexudicial	Recuento	0	2	8	10
		% dentro de Estudiante	0,0%	2,4%	4,0%	2,7%
	Total	Recuento	89	84	201	374
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No referente ao uso das vitaminas remarcar as altas porcentaxes alcanzadas na táboa 64 polo alumando: medicina (case o 54%), psicoloxía (case o 58%) e traballo social (pouco máis do 60%). Podémosnos preguntar que di isto do imaxinario social que está a orientar a percepción do estudantado. No próximo capítulo deste traballo verase como unha das características que case o 40% dos enquisados, no primeiro pase de cuestionarios, vencellan ás persoas cun TCA é a debilidade persoal, aínda que baixa un 10% nos cuestionarios do segundo ano de formación. Neste caso, este tipo de resultados nos sitúan na consideración dos TCA como situacións non tanto vencelladas á doenza mental, senón a características persoais asignados ou opcións de vida feitas polas persoas o que sitúa nestas a responsabilidade última deste tipo de situacións, o que pode explicar o estigma que afecta a este tipo de trastornos (ver capítulo 8).

Táboa 64: Valoración do alumnado da utilidade das vitaminas no tratamento dos TCA curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Vitaminas	Útil	Recuento	55	35	125	215
		% dentro de Estudiante	57,9%	60,3%	53,9%	55,8%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	33	18	79	130
		% dentro de Estudiante	34,7%	31,0%	34,1%	33,8%
	Prexudicial	Recuento	1	1	4	6
		% dentro de Estudiante	1,1%	1,7%	1,7%	1,6%
	Non sabe	Recuento	6	3	23	32
		% dentro de Estudiante	6,3%	5,2%	9,9%	8,3%
	Non contesta	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,4%	0,5%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

A continuación pregúntase ás persoas enquisadas pola utilidade do uso de tranquilizantes ou calmantes e, de novo, sorprenden as porcentaxes resultantes.

Táboa 65: Valoración do alumnado da utilidade dos tranquilizantes ou calmantes no tratamento dos TCA, curso 2015-16

			Estudiante			Total
			Psicología	Traballo social	Medicina	
Tranquilizantes/calman- tes	Útil	Recuento	29	18	71	118
		% dentro de Estudiante	34,5%	23,1%	38,8%	34,2%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	27	28	53	108
		% dentro de Estudiante	32,1%	35,9%	29,0%	31,3%
	Prexudicial	Recuento	28	32	59	119
		% dentro de Estudiante	33,3%	41,0%	32,2%	34,5%
Total	Recuento	84	78	183	345	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

No caso dos tres graos obxecto de estudo, como se pode ver na táboa 65, as porcentaxes do primeiro ano roldan o 30%, só baixando ata o 23% no caso de traballo social. Isto compénsase polas porcentaxes de enquisados/as que consideran este tipo de medicación como prexudicial para o uso nos TCA. Neste sentido, de novo, arredor do 30% das persoas enquisadas consideran daniño o uso deste tipo de fármacos.

En calquera caso, no segundo pase de cuestionarios pódese ver na táboa 66 que a situación sofre unha modificación relevante. Tanto as porcentaxes de psicología como as de traballo social sofren unha certa redución. A caída sería máis rechamante no caso de psicología que baixa practicamente un 20%, mentres que en traballo social baixa un 2,4%. Pero no caso de medicina a porcentaxe, pola contra, sobe case un 2%, xa que hai 23 estudantes máis que consideran axeitados os tranquilizantes/calmantes para tratar os TCA.

Táboa 66: Valoración do alumnado da utilidade dos tranquilizantes ou calmantes no tratamento dos TCA, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Tranquilizantes/calman- tes	Útil	Recuento	14	12	94	120
		% dentro de Estudiante	14,7%	20,7%	40,5%	31,2%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	24	12	55	91
		% dentro de Estudiante	25,3%	20,7%	23,7%	23,6%
	Prexudicial	Recuento	39	23	45	107
		% dentro de Estudiante	41,1%	39,7%	19,4%	27,8%
	Non sabe	Recuento	18	10	38	66
		% dentro de Estudiante	18,9%	17,2%	16,4%	17,1%
	Non contesta	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,0%	0,3%
Total		Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

A este tipo de ferramentas para levar a cabo o tratamento, tamén se preguntou polo uso de antipsicóticos. O 9,4% do total do alumnado o marcan como útil no curso 2015-2016, sendo a porcentaxe máis alta a do alumnado de medicina (10,1%). No curso 2016-2017 (táboa 67) prodúcese unha redución da porcentaxe que queda no 5,5%. Se ven é certo que, de novo, a porcentaxe máis alta é a alcanzada polo estudantado de medicina (7,3%).

Táboa 67: Valoración do alumnado da utilidade dos antipsicóticos no tratamento dos TCA, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Antipsicóticos	Útil	Recuento	3	1	17	21
		% dentro de Estudiante	3,2%	1,7%	7,3%	5,5%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	7	10	20	37
		% dentro de Estudiante	7,4%	17,2%	8,6%	9,6%
	Prexudicial	Recuento	55	29	112	196
		% dentro de Estudiante	57,9%	50,0%	48,3%	50,9%
	Non sabe	Recuento	30	16	81	127
		% dentro de Estudiante	31,6%	27,6%	34,9%	33,0%
	Non contesta	Recuento	0	2	2	4
		% dentro de Estudiante	0,0%	3,4%	0,9%	1,0%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pouco máis do 7% das persoas enquisadas valora positivamente a utilidade do uso de somníferos no tratamento deste tipo de trastornos, como se pode ver na táboa 68. As porcentaxes máis altas poden atoparse na valoración como prexudicial deste tipo de fármacos. Se ben, neste caso, a porcentaxe máis baixa a atopamos en medicina (42,2%). Aínda que as porcentaxes de todos os graos baixan respecto das alcanzadas no curso 2015-2016 cando se correspondían con: psicoloxía, 67,5%, traballo social, 77,1% e medicina, 58,9%.

Táboa 68: Valoración do alumnado da utilidade dos somníferos no tratamento dos TCA, curso 2016-2017

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Somníferos	Útil	Recuento	3	5	20	28
		% dentro de Estudiante	3,2%	8,6%	8,6%	7,3%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	19	11	61	91
		% dentro de Estudiante	20,0%	19,0%	26,3%	23,6%
	Prexudicial	Recuento	58	34	98	190
		% dentro de Estudiante	61,1%	58,6%	42,2%	49,4%
	Non sabe	Recuento	15	7	51	73
		% dentro de Estudiante	15,8%	12,1%	22,0%	19,0%
	Non contesta	Recuento	0	1	2	3
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,9%	0,8%
	Total	Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por outra banda, a acupuntura percíbese por parte do estudantado como de certa utilidade no primeiro ano de formación. É así que case o 30% dos enquisados/as perciben a súa utilidade. Fronte a isto algo máis do 12% do estudantado valora o uso da acupuntura como prexudicial no tratamento dos TCA.

Táboa 69: Valoración do alumnado da utilidade da acupuntura no tratamento dos TCA, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Acupuntura	Útil	Recuento	16	13	34	63
		% dentro de Estudiante	16,8%	22,4%	14,7%	16,4%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	39	28	105	172
		% dentro de Estudiante	41,1%	48,3%	45,3%	44,7%
	Prexudicial	Recuento	11	4	14	29
		% dentro de Estudiante	11,6%	6,9%	6,0%	7,5%
	Non sabe	Recuento	29	12	78	119
		% dentro de Estudiante	30,5%	20,7%	33,6%	30,9%
	Non contesta	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,4%	0,5%
	Total	Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No segundo ano de formación, como reflicten os resultados da táboa 69, a percepción da utilidade do seu uso nos tratamentos baixa un 13,3% ata quedar no 16,4% das persoas enquisadas. Tamén se reduce a porcentaxe de estudantes que a perciben como prexudicial case un 5%. Aínda que neste caso as porcentaxes da categoría “Non sabe” superan o 30% das respostas dos/as participantes.

Para pechar as opcións de tratamento propúxose ao estudantado a valoración do uso de remedios naturais no tratamento cuxos resultados poden consultarse nas táboas 70 e 71. O primeiro ano o 42% do alumnado o consideraba útil, especialmente os/as estudantes de traballo social. Aínda que a maior porcentaxe de alumnado declarouse neutral cara o uso deste tipo de sustancias (ver táboa 70).

Táboa 70: do alumnado da utilidade dos remedios naturais no tratamento dos TCA, curso 2015-16

			Estudiante			Total
			Psicología	Traballo social	Medicina	
Remedios naturais	Útil	Recuento	35	41	80	156
		% dentro de Estudiante	39,8%	49,4%	40,2%	42,2%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	50	38	112	200
		% dentro de Estudiante	56,8%	45,8%	56,3%	54,1%
	Prexudicial	Recuento	3	4	7	14
		% dentro de Estudiante	3,4%	4,8%	3,5%	3,8%
Total	Recuento	88	83	199	370	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

No segundo ano de formación o estudantado considera menos útiles o uso de remedios naturais (táboa 71). O estudantado de psicología e medicina son os máis afectados polo cambio de postura, mentres que en traballo social prodúcese unha leve redución do 1,1%.

Táboa 71: Valoración do alumnado da utilidade dos remedios naturais no tratamento dos TCA, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Remedios naturais	Útil	Recuento	28	28	61	117
		% dentro de Estudiante	29,5%	48,3%	26,3%	30,4%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento	45	24	113	182
		% dentro de Estudiante	47,4%	41,4%	48,7%	47,3%
	Prexudicial	Recuento	3	1	8	12
		% dentro de Estudiante	3,2%	1,7%	3,4%	3,1%
	Non sabe	Recuento	19	4	48	71
		% dentro de Estudiante	20,0%	6,9%	20,7%	18,4%
	Non contesta	Recuento	0	1	2	3
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,9%	0,8%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

11.2.2. Recomendacións do alumnado sobre o tipo de axuda a pescudar

Ao preguntar que tipo de recomendación darían a unha persoa ca situación descrita na *viñeta clínica* dos cuestionarios (ver anexo I), os resultados son rechamantes. Tanto no primeiro, como no segundo pase de cuestionarios (ver táboa 72), arredor do 85% do estudantado aconsellaría á persoa acudir a un/ha profesional. Pero preto do 14% lle diría que pedira axuda a familiares, amigos ou persoas da contorna. A recomendación de pescudar axuda profesional medra en psicología un 4,3%; pero en medicina baixa un 4,3% e en traballo social un 1,5%. Este tipo de resposta resulta difícilmente explicable xa que a situación descrita nas viñetas é da suficiente gravidade como para ser recomendable que a persoa acuda a un/ha profesional para que faga unha valoración e tome as medidas necesarias.

Táboa 72: Recomendacións do alumnado, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Se tiveses que recomendarlle algo, que lle dirías?	Que vaia a un/unha profesional	Recuento	86	49	189	324
		% dentro de Estudiante	90,5%	84,5%	81,5%	84,2%
	Que pida axuda a familiares, amigos, etc	Recuento	9	7	36	52
		% dentro de Estudiante	9,5%	12,1%	15,5%	13,5%
	4	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	0,0%	0,9%	0,5%
	Non sabe	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	0,0%	0,3%
	Non contesta	Recuento	0	1	5	6
		% dentro de Estudiante	0,0%	1,7%	2,2%	1,6%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

11.2.3. Percepcións dos resultados dos tratamentos

A percepción da eficacia dos resultados positivos do tratamento aumenta do primeiro ao segundo pase. De feito, no curso 2015-2016 (ver táboa 73) o 72% dos enquisados/as pensan que a recuperación será total, ou con recaídas. Mentres que pouco máis do 10% coida que a recuperación será parcial. Os/as estudantes máis optimistas en relación á posibilidade de curación son os alumnos/as de traballo social, que case nun 28% cree nunha curación total e sen recaídas. Pola contra, os máis pesimistas son os participantes de medicina que só sinalan a posibilidade de curación total nun 17,6%.

En xeral, o alumnado pensa que o máis plausible será a recuperación, pero considerando que nalgún momento poden facer aparición de novo algún tipo de problemas, postura marcada por máis da metade do alumnado enquisado (51,9%).

Táboa 73: Percepción do alumnado dos resultados do tratamento en caso de recibir axuda profesional, curso 2015-16

			Estudiante			Total	
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina		
Cal cres que sería o resultado se RECIBISE axuda dun profesional?	Recuperación total sen máis problemas	Recuento % dentro de Estudiante	20 20,8%	26 27,4%	40 17,6%	86 20,6%	
	Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Recuento % dentro de Estudiante	52 54,2%	44 46,3%	121 53,3%	217 51,9%	
	Recuperación parcial	Recuento % dentro de Estudiante	11 11,5%	8 8,4%	24 10,6%	43 10,3%	
	Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Recuento % dentro de Estudiante	10 10,4%	12 12,6%	23 10,1%	45 10,8%	
	Sen mellora	Recuento % dentro de Estudiante	0 0,0%	0 0,0%	2 0,9%	2 0,5%	
	9	Recuento % dentro de Estudiante	0 0,0%	0 0,0%	1 0,4%	1 0,2%	
	98	Recuento % dentro de Estudiante	1 1,0%	2 2,1%	9 4,0%	12 2,9%	
	99	Recuento % dentro de Estudiante	2 2,1%	3 3,2%	7 3,1%	12 2,9%	
	Total		Recuento % dentro de Estudiante	96 100,0%	95 100,0%	227 100,0%	418 100,0%

Táboa 74: Percepción do alumnado dos resultados do tratamento en caso de recibir axuda profesional, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Cal cres que sería o resultado se RECIBISE axuda dun profesional?	Recuperación total sen máis problemas	Recuento	24	16	46	86
		% dentro de Estudiante	25,3%	27,6%	19,8%	22,3%
	Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Recuento	54	23	142	219
		% dentro de Estudiante	56,8%	39,7%	61,2%	56,9%
	Recuperación parcial	Recuento	7	9	10	26
		% dentro de Estudiante	7,4%	15,5%	4,3%	6,8%
	Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Recuento	8	9	22	39
		% dentro de Estudiante	8,4%	15,5%	9,5%	10,1%
	Sen mellora	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	0,0%	0,9%	0,5%
	Non sabe	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Estudiante	1,1%	0,0%	0,0%	0,3%
Non contesta		Recuento	1	1	2	4
		% dentro de Estudiante	1,1%	1,7%	0,9%	1,0%
9		Recuento	0	0	8	8
		% dentro de Estudiante	0,0%	0,0%	3,4%	2,1%
Total		Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Táboa 75: Percepción do alumnado dos resultados do tratamento en caso de NON recibir axuda profesional, curso 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicoloxía	Traballo social	Medicina	
Cal sería o resultado se NON RECIBISE ningunha clase de axuda profesional	Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Estudiante	0,0%	0,0%	0,4%	0,3%
	Recuperación parcial	Recuento	1	0	1	2
		% dentro de Estudiante	1,1%	0,0%	0,4%	0,5%
	Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Recuento	2	1	9	12
		% dentro de Estudiante	2,1%	1,7%	3,9%	3,1%
	Sen mellora	Recuento	5	7	11	23
		% dentro de Estudiante	5,3%	12,1%	4,7%	6,0%
	Porase peor	Recuento	84	47	201	332
		% dentro de Estudiante	88,4%	81,0%	86,6%	86,2%
	Non sabe	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de Estudiante	0,0%	3,4%	0,0%	0,5%
Non contesta		Recuento	2	1	5	8
		% dentro de Estudiante	2,1%	1,7%	2,2%	2,1%
9		Recuento	1	0	4	5
		% dentro de Estudiante	1,1%	0,0%	1,7%	1,3%
Total		Recuento	95	58	232	385
		% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

No segundo ano de formación preto do 80% do alumnado pensa que a recuperación pode ser total, ou con algunha recaída andando o tempo (ver táboa 74).

Na táboa 75 expóñense os resultados da postura das persoas enquisadas en caso de que a persoa con TCA non recibise axuda. Tanto no curso 2015-2016 como no 2016-2017 unha clara maioría do estudantado cree que de non recibir ningún tipo de axuda profesional a persoa porase peor. Só destacando a subida do 1,5% de enquisados/as que estarían de acordo co empeoramento da persoa.

Táboa 76: Valoración do estudantado do seu nivel de confianza para tratar un TCA, 2016-17

			Estudiante			Total
			Psicología	Traballo social	Medicina	
En que medida te sentirías confiado/a en poder axudalo/a?	Moi confiado/a	Recuento	2	10	8	20
		% dentro de Estudiante	2,1%	17,2%	3,4%	5,2%
	Confiado/a	Recuento	35	23	100	158
		% dentro de Estudiante	36,8%	39,7%	43,1%	41,0%
	Pouco confiado/a	Recuento	44	24	107	175
		% dentro de Estudiante	46,3%	41,4%	46,1%	45,5%
	Nada confiado/a	Recuento	8	1	5	14
		% dentro de Estudiante	8,4%	1,7%	2,2%	3,6%
	Creo que non podería axudalo/a	Recuento	6	0	9	15
		% dentro de Estudiante	6,3%	0,0%	3,9%	3,9%
	Non contesta	Recuento	0	0	3	3
		% dentro de Estudiante	0,0%	0,0%	1,3%	0,8%
Total	Recuento	95	58	232	385	
	% dentro de Estudiante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

En relación aos tratamentos tamén se lles preguntou aos alumnos/as se terían a suficiente confianza como para axudar a unha persoa que tivera un TCA (ver táboa 76). Pouco máis do 5% do estudantado di sentirse moi confiado para afrontar este tipo de tratamentos. Destaca o feito de que unha parte importante destes/as estudantes son de traballo social. O 41% do estudantado amósase confiado de poder axudar a unha persoa que tivese un trastorno alimentario. Neste caso as porcentaxes están distribuídas homoxeneamente entre os tres graos obxecto de estudo. Pero, a maior porcentaxe de alumando di sentirse pouco confiado en poder axuda a unha persoa que estivese pasando por trastornos alimentarios. É dicir, case o 50% do estudantado dubida das súas capacidades e/ou coñecementos para mellorar a situación dunha persoa que teña un TCA.

Por outra banda, case o 4% dos enquisados/as din sentirse nada confiados en poder axudar a unha persoa nesta situación. Neste caso os menos confiados serían os alumnos/as de psicología que optan por marcar esta opción nalgo máis do 8%. Fronte a eles a elixirían o 1,7% do estudantado de traballo social e algo máis do 2% no caso de medicina.

Finalmente, case o 4% do alumnado cre que non podería axudar a unha persoa cun TCA. O alumando que se sente máis incapacitado para botar unha man a unha persoa nesta situación sería o de psicología, que elixen nun 6,3% esta opción. Xunto a eles, case o 4% dos estudantes de medicina tamén mostran á súa incredulidade en poder axudar a unha persoa con trastornos da alimentación. Os máis confiados en poder facer algo por esta persoa serían os futuros traballadores/as sociais; de feito, ningún dos enquisados/as cree que non podería axudar a unha persoa que teña un TCA.

11.3. PERCEPCIÓN DOS MOTIVOS POLOS QUE AS PERSOAS NON PIDEN AXUDA

Nesta sección expóranse os resultados en relación aos motivos polos que o estudantado cree que unha persoa que esté pasando determinadas alteracións da conduta alimentaria non pescuda axuda profesional.

Táboa 77: Percepción do alumnado dos motivos de non pescudar axuda profesional, 2015-16

Motivos	Psicoloxía		Traballo social		Medicina		Total	
Pensa que pode controlar o problema	80	83,3%	82	86,3%	178	78,4%	340	81,3%
Pensa que a súa situación non require axuda ou tratamento	74	77,1%	64	67,4%	151	66,5%	289	69,1%
Ten medo a ser criticado polos demais	53	55,2%	52	54,7%	124	54,6%	229	54,8%
Ten medo de ser rexeitado polos demais	53	55,2%	57	60,0%	119	52,4%	229	54,8%
Sínte vergoña polas súas condutas e/ou pensamentos	45	46,9%	56	58,9%	120	52,9%	221	52,9%
Pensa que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves	56	58,3%	48	50,5%	104	45,8%	208	49,8%
Ten medo de que o consideren unha persoa enferma mental	40	41,7%	45	47,4%	106	46,7%	191	45,7%
Pensa que o seu problema é temporal	26	27,1%	27	28,4%	70	30,8%	123	29,4%
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	18	18,8%	14	14,7%	45	19,8%	77	18,4%
O problema non interfere na súa vida diaria	4	4,2%	5	5,3%	6	2,6%	15	3,6%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (se podían marcar todas as opcións desexadas).

No primeiro ano de formación os/as estudantes asignan a maior importancia ao feito de que a persoa pensa que pode controlar a situación pola que está a pasar (ver táboa 77). Como se pode ver na táboa 78 cos resultados do ano 2016-2017, esa resposta volve ser a máis elixida. Pódese observar que a noción de control fai a súa primeira aparición nesta investigación e manterá un lugar predominante todo ao longo dos resultados da mesma. Os profesionais de feito a colocan como un dos significados explicativos dos TCA (ver capítulo 15). O control tamén forma parte dos discursos nos grupos de discusión levados a cabo cos estudantes. O control formaría parte da psicoloxía das persoas que pasan por un TCA, xa que o seu perfeccionismo as conduce a intentar controlalo todo. O feito de ir xerando determinadas sensacións de falta de control as sitúa na carreira cara un TCA. É dicir, o control como factor de risco que pode influír na aparición deste tipo de trastornos. Un participante nos grupos di: “Imaxínome que sempre houbo...persoas queeee...estarían obsesionadas con controlar a súa conduta, pois relacionado co que comen, ou o que non comen....ou coa súa imaxe” (GM).

E de novo o control, como se verá no caso dos profesionais, aparece vencellado á obsesión. Neste caso a obsesión pola imaxe:

- Obsesión, obsesión polo físico.
- ...estar moitas horas no ximnasio ou...meterseee...sustancias...artificiais ou....
- Facerse...beizos, lifting, liposupción, operación deeee...distintas cousas.
- Eu creo que afecta a máis xente da que realmente...do que realmente...percibimos.

Refírome, eu no meu contorno coñezo moita xente que...un pouco dis “Buah, que obsesionado está co tema de comer ben, de ir ao ximnasio, de...”. Claro, todo en...cando iso ocupa unha gran parte de...claro, do teu pensamento ao longo do día, ben iso, é incapacitante igual que o que non se coida. Refírome...Claro, eu é iso, no meu contorno coñezo moita xente que o tema de conversación é reiterativo, a imaxe, a imaxe, a imaxe, o coidado, o coidado...máis o coidado que...que iso (GP) .

Táboa 78: Percepción do alumnado dos motivos de non pescudar axuda profesional, 2016-17

Motivos	Psicoloxía		Traballo social		Medicina		Total	
Pensa que pode controlar o problema	75	78,9%	52	89,7%	177	76,3%	304	79,0%
Pensa que a súa situación non require axuda ou tratamento	65	68,4%	40	69,0%	155	66,8%	260	67,5%
Ten medo a ser criticado polos demais	59	62,1%	32	55,2%	144	62,1%	235	61,0%
Ten medo de que o consideren unha persoa enferma mental	55	57,9%	32	55,2%	146	63,2%	233	60,7%
Pensa que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves	56	58,9%	33	56,9%	144	62,1%	233	60,5%
Ten medo de ser rexeitado polos demais	59	62,1%	40	69,0%	133	57,3%	232	60,3%
Sinte vergoña polas súas condutas e/ou pensamentos	60	63,2%	23	39,7%	136	58,9%	219	57,0%
Pensa que o seu problema é temporal	30	31,6%	18	31,0%	66	28,4%	114	29,6%
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	19	20,0%	12	20,7%	58	25,0%	89	23,1%
O problema non interfere na súa vida diaria	6	6,3%	2	3,4%	12	5,2%	20	5,2%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (se podían marcar todas as opcións desexadas).

No segundo pase dos cuestionarios (ver táboa 78) pódese observar en comparación co primeiro que as tres opcións máis elixidas, e as catro menos marcadas, serían idénticas con algunha variación nas porcentaxes correspondentes. Pola súa banda, que a persoa teña medo de que a consideren unha persoa cunha doenza mental sofre un incremento do 15%, ata colocarse como a cuarta opción preferida polos/as estudantes. Tamén sobe case un 11% o feito de que a persoa pense que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves. O resto das opcións estarían afectadas por pequenas subidas; agás o caso de pensar que o problema sería temporal que mantén a porcentaxe de persoas que a marcan estable arredor do 29% do alumnado.

Neste capítulo volcáronse os resultados da investigación en relación á percepción dos tratamentos dos TCA do alumnado. Explicouse como os profesionais considerados máis útiles e necesarios por parte do estudantado son, por orden de importancia, o psicólogo/a o/a dietista/nutricionista e o/a psiquiatra.

Por outra banda, o tratamento percibido como máis útil é o terapéutico que é elixido pola práctica totalidade das persoas enquisadas. Aínda así, cando se lles preguntou pola posible utilidade doutro tipo de sustancias o estudantado valorou en altas porcentaxes como moi útil o uso de antidepressivos, vitaminas, remedios naturais e tranquilizantes/calmanes. Sendo elixidos en moita menor medida a acupuntura e os somníferos.

Asemade, os TCA son percibidos como trastornos cun bo pronóstico en caso de recibir axuda profesional, xa que arredor do 20% das persoas enquisadas pensa que a recuperación será total, e algo máis da metade dos enquisados pensa que se poden curar aínda que de cando en vez pode facer a aparición algún tipo de recaída. Sentíndose o alumnado pouco confiado en poder axudar a unha persoa que sufrise este tipo de trastornos a esas alturas da súa formación, aínda que un 41% do estudantado si se sentiría confiado en poder axudar a unha persoa con ese tipo de diagnóstico.

O estudantado percibe que as persoas cun TCA non buscan axuda debido a que: pensan que poden controlar o seu problema ou que a súa situación non require tratamento, teñen medo a ser rexeitados, ou criticados, tamén temen ser considerados enfermos/as mentais e teñen medo de ser

rexeitados polos demais. Esta percepción dos motivos polos que as persoas non buscan axuda non deixa de ser importante xa que preto dun 25% da poboación sería susceptible de ser diagnosticada dun TCA, pero cando o fai, é tratada para perder peso, pero non por profesionais da saúde mental (Hart, Granillo, Jorm e Paxton, 2011). Se a isto engadimos o proceso de pescuda de axuda de tipo irracional e socialmente guiado que Pescosolido definiu ca etiqueta *muddling through* (Pescosolido, Gardner e Lubell, 1998). O resultado pode ser que “dado que os TCA a miúdo pasan desapercibidos aos profesionais da saúde, a pesar dos individuos que están en contacto con estes servizos, hai unha grande necesidade de formación profesional que aumente o coñecemento dos síntomas e habelencias para mellorar as derivacións e os tratamentos” (Hart, Granillo, Jorm e Paxton, 2011, p. 733). Todo isto pode acabar provocando o que algúns estudos revelan, é dicir, que a duración media do proceso de asignación dun diagnóstico en saúde mental é de 15 anos (Jorm, 2011).

Pero como se viu na primeira parte deste traballo (ver capítulo 8) o estigma tamén pode afectar aos profesionais e estudantes que tratan a persoas con doenza mental. É, por iso, que adicarase o seguinte capítulo á análise de como a percepción do estudantado dos TCA pode verse afectada polo estigma asignado ás persoas cun diagnóstico deste tipo de trastornos.



CAPÍTULO 12

O GRAO DE ESTIGMA DO ESTUDANTADO

- Hai que ter en conta que as persoas con anorexia, e tal, son moiiii mentireiras.
- Xa.
- Moiii, moiiii mentireiras. Entón, tampouco podes crer a metades do que din.

GTS

Como se avanzou nas últimas liñas do capítulo precedente neste capítulo vaise facer un percorrido polos resultados obtidos cos estudantes en relación ao estigma asociado ás persoas que teñen un TCA. Deste xeito vaise examinar a percepción de determinadas características asociadas aos/ás doentes: a debilidade, a imprevisibilidade. Determinadas crenzas sobre as persoas que teñen algún TCA como a de poden saír por sí mesmas deste tipo de situacións se quixeran; ou que os TCA non son unha verdadeira enfermidade.

Finalmente, revisaránse os desexos de distancia social dos enquisados/as respecto ás persoas con TCA; e o seu nivel de predisposición a revelar o diagnóstico á súa contorna social. Cúbreanse con estas percepcións, características e crenzas as dimensións que, como se viu na primeira parte, integran o estigma na MHL (ver capítulo 8).

12.1. CARACTERÍSTICAS PERSOAIS NEGATIVAS VENCELLADAS ÁS PERSOAS CON TCA

Existe un tanto por cento de estudantes relativamente elevado que vencellan a debilidade persoal aos TCA.

Táboa 79: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación é un sinal de debilidade persoal”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De acordo ou moi de acordo	30	31,3%	36	37,9%	88	38,7%
Nin de acordo, nin en desacordo	16	16,7%	18	18,9%	49	16,3%
En desacordo ou moi en desacordo	50	52,1%	40	42,1%	99	43,6%

Como se pode observar na táboa 79, arredor dun 35% das persoas enquisadas vencellan a debilidade persoal ao feito de ter un TCA. Se ben é certo que no segundo pase de cuestionarios prodúcese unha importante baixada das porcentaxes que establecerían este vínculo (ver táboa 80). Aínda neste segundo pase dos cuestionarios, o estudantado de medicina sería o que estaría máis disposto a facer esta asociación de significado, amosándose de acordo o 28% dos enquisados/as. Quedando psicoloxía nunha porcentaxe do 23,1% e traballo social nun 22,4%. Este tipo de resultados poderían explicar o feito de que se valoren as vitaminas como tratamento de alta utilidade en relación aos TCA como se dixo no capítulo anterior deste traballo.

Táboa 80: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación é un sinal de debilidade persoal”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De acordo ou moi de acordo	22	23,1%	13	22,4%	73	28,1%
Nin de acordo, nin en desacordo	12	12,6%	9	15,5%	22	9,5%
En desacordo ou moi en desacordo	60	63,2%	36	62,1%	131	58,9%

Outra das dimensións que se soe asociar ao estigma é a asignación de comportamentos imprevisibles ás persoas que teñen unha doenza mental. Neste caso, como se pode ver na táboa 81, de novo preto dunha cuarta parte dos enquisados/as amósanse de acordo no curso 2015-2016.

Táboa 81: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación vólvea unha persoa imprevisible”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De acordo ou moi de acordo	25	26,1%	18	19,0%	58	25,5%
Nin de acordo, nin en desacordo	37	38,5%	39	41,1%	93	41,0%
En desacordo ou moi en desacordo	34	35,4%	37	38,9%	73	32,2%

Pero en contra do que pasaba coa debilidade persoal, neste caso as porcentaxes de persoas que consideran imprevisibles ás persoas con TCA, suben do primeiro (ver táboa 81) ao segundo ano de formación (ver táboa 82). Neste caso, ascenden en psicoloxía case un 12%, en traballo social un 3,4% e en medicina pouco máis dun 5%.

Táboa 82: Valoración do estudantado da afirmación “A súa situación vólvea unha persoa imprevisible”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De acordo ou moi de acordo	36	37,9%	13	22,4%	71	30,6%
Nin de acordo, nin en desacordo	20	21,1%	18	31,0%	54	23,3%
En desacordo ou moi en desacordo	29	30,5%	27	46,6%	99	42,7%

Nas táboas 83 e 84 pódense ver os resultados en relación á crenza de que unha persoa pode saír por si mesma dun TCA.

Táboa 83: Valoración do estudantado da afirmación “Se quixera podería saír por si mesma desta situación”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De acordo ou moi de acordo	8	8,3%	10	10,5%	20	8,8%
Nin de acordo, nin en desacordo	7	7,3%	11	11,6%	24	10,6%
En desacordo ou moi en desacordo	81	84,3%	73	76,9%	182	83,2%

Arredor do 9% das persoas enquisadas estaría, de acordo, ou moi de acordo, ca posibilidade de que unha persoa pode saír soa deste tipo de trastornos.

As porcentaxes no segundo ano de formación mantéñense (ver táboa 84), con leves subidas no caso do alumando de psicoloxía e traballo social e cunha leve baixada do 2,3% no caso de medicina. Ademais, no caso do desacordo amosado polo estudantado de psicoloxía baixa un 5,4%, e o de traballo social un 4,4%.

Táboa 84: Valoración do estudantado da afirmación “Se quixera podería saír por si mesma desta situación”, 2016-17

	Psicoloxía	Traballo social	Medicina
De acordo ou moi de acordo	8 8,4%	7 12,0%	15 6,5%
Nin de acordó, nin en desacordo	9 9,5%	9 15,5%	15 6,5%
En desacordo ou moi en desacordo	75 78,9%	42 72,5%	194 84,0%

Polo momento explicouse que o estudantado asignan ás persoas cun TCA o feito de ser persoas débiles, imprevisibles. Só considerando arredor dun 9% dos enquisados/as que dun TCA se pode saír sen axuda ou que saír desa situación é cuestión de vontade por parte das persoas afectadas. Na seguinte sección verase como este tipo de asignacións pode provocar desexos de manterse lonxe, e sen contacto, coas persoas que poidan ter un TCA.

12.2. OS DESEXOS DE DISTANCIA SOCIAL CARA ÁS PEROSAS CON TCA

Nesta sección recóllense os resultados en relación aos citados desexos de distancia social do estudantado das tres disciplinas estudadas.

Como se pode ver na táboa 85 os resultados demostran que o alumando mostra uns niveis de desexos de distancia social moi baixos. A pesar dos resultados comentados na sección anterior a asignación das características negativas ás persoas cun TCA non incrementan os desexos de distancia cara elas.

Táboa 85: Valoración do estudantado da afirmación “A mellor maneira de non desenvolver unha situación así é afastarse da persoa que a ten”, 2015-16

	Psicoloxía	Traballo social	Medicina
De acordo ou moi de acordo	0 0,0%	1 1,1%	10 4,4%
Nin de acordo, nin en desacordo	5 5,2%	5 5,3%	21 9,3%
En desacordo ou moi en desacordo	91 94,8%	88 92,6%	193 85,0%

Estes niveis de desexos de distancia social mesmo baixan no segundo pase dos cuestionarios como se pode ver na táboa 86.

Táboa 86: Valoración do estudantado da afirmación “A mellor maneira de non desenvolver unha situación así é afastarse da persoa que a ten”, 2016-17

	Psicoloxía	Traballo social	Medicina
De acordo ou moi de acordo	0 0,0%	2 3,4%	8 3,5%
Nin de acordo, nin en desacordo	2 2,1%	0 0,0%	12 5,2%
En desacordo ou moi en desacordo	87 91,6%	55 94,8%	204 88,0%

Agora ben, en contra do comentado como se verá de seguido, o estigma si afecta ao nivel de intimidade que se permite na relación que están dispostos a establecer cunha persoa cun TCA. Pódese comezar pola posibilidade de traballar nun grupo cunha persoa que teña un TCA. Neste caso, pódese observar na táboa 87, que porcentaxes superiores ao 80% estarían dispostos a realizar esta tarefa. Os menos reticentes serían o alumnado de psicoloxía e traballo social seguidos de preto polo de medicina. Os que se negarían en maior medida, de novo son os alumnos/as de medicina alcanzando unha porcentaxe de case o 6%. Moi por debaixo atoparíamos aos de psicoloxía con pouco máis do 3%, e finalmente, os de traballo social cun 2,1%.

Destacar que se comparamos estes resultados cos obtidos no curso 2016-2017 (ver táboa 88) as cifras sofren unha pequena subida. Prodúcese unha redistribución do alumnado que se consideraba

neutral, tanto cara a posicións favorables a traballar en grupo con esa persoa, como cara a decidir totalmente en contra de traballar con ela.

Táboa 87: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a traballar con ela nun grupo”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	3	3,1%	2	2,1%	13	5,7%
Neutral	9	9,4%	9	9,5%	27	11,9%
Con algunha reticencia ou sen problema	84	87,5%	76	86,3%	184	81,0%

No curso 2016-2017 (Ver táboa 88) ademais do comentado as porcentaxes mostran certa homoxeneidade entre os distintos graos estudados.

Táboa 88: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a traballar con ela nun grupo”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	4	4,3%	3	5,1%	11	4,7%
Neutral	7	7,4%	2	3,4%	25	10,8%
Con algunha reticencia ou sen problema	84	88,5%	52	87,6%	190	81,9%

Se se lle pregunta ao alumnado por unha acción de maior intimidade como pasar unha fin de semana cunha persoa con TCA. Neste caso, como se pode ver na táboa 89, o estudantado de traballo social é o que se amosa menos reticente a esta situación; a continuación estarían os alumnos/as de psicoloxía; e finalmente, o estudantado de medicina é o que amosa máis problemas para levar a cabo esta acción, aínda que o tanto por cento non sobrepasa o 7% das persoas enquisadas deste grao.

Á parte disto so chamaría a atención o feito de que, no caso dos/as estudantes de psicoloxía que se negarían, ou mostrarían moita reticencia a pasar a fin de semana cunha persoa con TCA, sube un 3,3% do primeiro ao segundo ano de formación.

Táboa 89: Valoración do estudantado da afirmación “Estaría disposto/a a pasar unha fin de semana con el/ela”, 2015-2016

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	2	2,0%	3	3,2%	15	6,6%
Neutral	15	15,6%	11	11,6%	33	14,5%
Con algunha reticencia ou sen problema	59	82,3%	79	83,2%	176	77,5%

As porcentaxes manteríanse estables no curso 2016-2017 (ver táboa 90). Só existe un certo cambio en psicoloxía, neste caso baixa a porcentaxe que se amosaba neutral, repartíndose entre as persoas que non estarían dispostas a pasar a fin de semana e as que o farían sen problema ou con algunha reticencia.

Táboa 90: Valoración do estudantado da afirmación “Estaría disposto/a a pasar unha fin de semana con el/ela”, 2016-2017

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	5	5,3%	2	3,4%	13	5,6%
Neutral	10	10,5%	7	12,1%	38	16,4%
Con algunha reticencia ou sen problema	80	84,2%	48	83,4%	176	75,9%

As porcentaxes de novo permanecen, máis ou menos estables se se lles pregunta aos alumnos/as pola posibilidade de invitar a esa persoa á casa dos estudantes (ver táboa 86). Aínda que o nivel de intimidade parece que comeza afectar timidamente á decisión.

Táboa 91: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto convidalo/a á túa casa”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	3	3,1%	6	6,4%	15	6,6%
Neutral	11	11,5%	12	12,6%	28	12,3%
Con algunha reticencia ou sen problema	82	85,4%	75	79,0%	181	79,7%

De novo faría aparición na táboa 92 o patrón da “desviación” dende a posición de neutral cara o que convidarían a esa persoa sen problema, ou case sen reticencia, e os que non o farían de ningunha maneira ou con moita reticencia.

Táboa 92: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto convidalo/a á túa casa”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	4	4,3%	6	10,3%	12	5,2%
Neutral	11	11,6%	4	6,9%	23	9,9%
Con algunha reticencia ou sen problema	80	84,2%	47	81,0%	192	82,7%

Destacar a subida de preto dun 4% do alumnado de Traballo social que non convidarían a esta persoa de ningunha maneira ou con moita reticencia (ver táboas 91 e 92).

Táboa 93: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ir á súa casa”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	1	1,0%	6	6,3%	13	5,7%
Neutral	15	15,6%	9	9,5%	29	12,8%
Con algunha reticencia ou sen problema	80	83,3%	78	82,1%	182	80,2%

As porcentaxes mantéñense estables cando se pregunta pola posibilidade ir á casa desa persoa (ver táboas 93 e 94).

Táboa 94: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ir á súa casa”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	4	4,3%	3	5,1%	13	5,6%
Neutral	8	8,4%	3	5,2%	22	9,5%
Con algunha reticencia ou sen problema	83	87,4%	51	87,9%	192	82,8%

Cando se lles pregunta aos enquisados/as pola posibilidade de ser amigo dunha persoa con TCA, de novo un pequeno grupo de alumnos/as mostra á súa reticencia a establecer este tipo de relación cunha persoa que teña este tipo de problemas (ver táboa 95). Asemade, outra vez, é o alumnado de medicina o que mostra unha maior prevención para establecer unha amizade cunha persoa con este tipo de trastornos. Aínda que tamén é o grao no que o estudantado móstrase máis disposto a iniciar a amizade.

Táboa 95: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ser o seu amigo persoal”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	2	2,0%	4	4,2%	15	6,6%
Neutral	10	10,4%	9	9,5%	32	14,1%
Con algunha reticencia ou sen problema	84	87,6%	80	84,2%	177	78,0%

No segundo ano de formación, como se pode ver na táboa 96, chama a atención a subida dun 6,4% do alumnado de psicoloxía que non estaría disposto a iniciar a amizade con esta persoa, ou amosaría moitas dificultades para facelo. Se ben baixa, ao mesmo tempo, a porcentaxe de estudantes que iniciarían a amizade case sen problemas. E de novo o alumando situado en posturas neutrais escora cara a posibilidade de ter a amizade sen problemas ou que non o faría de ningunha maneira.

Táboa 96: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a ser o seu amigo persoal”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	8	8,4%	2	3,4%	10	4,3%
Neutral	10	10,5%	7	12,1%	28	12,1%
Con algunha reticencia ou sen problema	77	81,1%	48	82,7%	188	81,0%

Onde o alumnado mostra un maior nivel de reticencia é a hora de iniciar unha relación sentimental con esa persoa, como se pode ver na táboa 97. Os que terían máis problemas para iniciala son os alumnos/as de psicoloxía que nalgo máis do 34% non o farían, ou o farían con moitas reticencias. A continuación estaría o estudantado de medicina que nun 27,3% dos casos non iniciaría a relación. Xunto ao 25% do estudantado de traballo social que tampouco o faría.

Táboa 97: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a iniciar unha relación sentimental”, 2015-16

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	33	34,4%	24	25,2%	62	27,3%
Neutral	25	26,0%	20	21,1%	58	25,6%
Con algunha reticencia ou sen problema	38	39,6%	47	49,4%	104	45,8%

No segundo ano de formación (ver táboa 98) baixan lixeiramente as porcentaxes de alumando que non estaría disposto a iniciar unha relación sentimental cunha persoa con TCA, no caso de psicoloxía e traballo social. Mentres que no caso dos/as estudantes de medicina esta porcentaxe sube un 4,6%.

A diferenza do resto das posibles accións propostas, neste caso o número de alumando situado nunha posición neutral é relativamente alto, roldando o 25% segundo os casos. Isto permite, que en algún caso ao baixar a porcentaxe situada nesta opción faga subir a porcentaxe de alumando de traballo social e medicina que estaría disposto a manter a relación sentimental con esta persoa.

Asemade, é rechamante a diferenza establecida neste caso entre os tres graos xa que traballo social amósase bastante por riba dos outros dous en relación á porcentaxe de participantes dispostos a iniciar unha relación, habendo unha diferenza do 18%, respecto a psicoloxía, e do 13,4% respecto a medicina.

Táboa 98: Valoración do estudantado da afirmación “En que medida estarías disposto a iniciar unha relación sentimental”, 2016-17

	Psicoloxía		Traballo social		Medicina	
De ningunha maneira ou con moita reticencia	30	31,5%	12	20,7%	74	31,9%
Neutral	28	29,5%	12	20,7%	44	19,0%
Con algunha reticencia ou sen problema	37	38,9%	33	56,9%	108	46,5%

Neste capítulo explicouse que o estudantado asigna ás persoas cun TCA o feito de ser persoas débiles e imprevisibles. Nembargantes, viuse como isto non producía no alumnado desexos de manterse alonxados destas persoas. Así pois, os alumnos/as si que se amosan dispostos a manter unha relación social superficial cunha persoa que teña un TCA, pero as reticencias aumentan segundo o fan o nivel de intimidade que implica a relación proposta; ata alcanzar o seu cumio na relación sentimental que provoca que preto do 30% dos enquisados/as non quixeran manter esa relación, ou o farían con moita reticencia.

Así pois os resultados validan que o propio estudantado de disciplinas que implican o contacto directo con persoas afectadas de TCA se ven influídos polo estigma da doenza mental. A pregunta que xurdíu ao longo da investigación en relación ao comentado é se a experiencia persoal de pasar pola experiencia dunha doenza mental, ou habela vivido moi de preto cunha persoa moi próxima, introducía algunha diferenza na percepción dos TCA destas persoas. E, iso, precisamente será o que se vexa no próximo capítulo deste traballo.





CAPÍTULO 13

A EXPERIENCIA DA ENFERMIDADE

- Estouna xulgando...
- Pero é que iso non é xulgar.
- Pero é que dar a opinión non é xulgar.
- Non.
- Ou sexa, vese que está moi delgada, pero...igual...igual...non chegaría a dicir, por exemplo, ou sexa que non, que non te pareza mal...pois tería que comer, porque, por exemplo, no meu caso eu tamén son moi delgada. Ás veces, equivocámonos un montón en como dicimos as cousas.

GTS

A cita que inicia este capítulo está extraída do grupo de discusión levado a cabo co alumnado de traballo social. As persoas participantes estaban a describir a imaxe da rapaza que se utilizou nesta investigación. No momento en que se extracta esta conversa un dos participantes comenta que lle parece que a rapaza está moi delgada. Nese momento unha rapaza comenta que sente que a está xulgando e que ela tamén está moi delgada. A continuación explica que ao longo da súa vida sentiuse xulgada polo feito de estar tan delgada, que intentou gañar peso pero que non foi capaz de facelo. A cuestión sería o feito de pasar en carne propia a experiencia da enfermidade ou de vela nunha persoa coa que temos un vínculo emocional forte, introduce algún tipo de diferenza na nosa percepción das cousas? Ponce (1997) na súa tese argumenta que cando un profesional enferma prodúcese unha superposición de roles (rol profesional/rol de enfermo), que modifica as accións e as condutas. Así as cousas, vanse expoñer neste capítulo os resultados en relación á posible influencia desta variable na percepción que os/as profesionais teñen dos TCA.

A modo de resumen pódese dicir que se ben non se aprecian grandes diferenzas entre os que amosan esta característica e os que non, hai algúns datos que permiten establecer, como se verá certo patrón no sentido de que as persoas coa experiencia da enfermidade a consideran máis grave.

13.1. O RECOÑECIMENTO DO DIAGNÓSTICO E A EXPERIENCIA DA ENFERMIDADE

No relativo á autoestima como factor explicativo, no curso 2015-2016 este foi marcado por case un 61% dos enquisados/as que si teñen un familiar, ou amigo próximo, cunha doenza mental mentres que a porcentaxe baixa ata un case un 56% en aqueles que non o teñen, sendo a diferenza dun 5,1%. Se ben, como se pode ver na táboa 99 as porcentaxes redúcense no segundo ano de formación das persoas enquisadas ata o 2,8%. Aínda así, as persoas enquisadas identifican un problema de autoestima nas persoas cun TCA en máis da metade dos casos.

Táboa 99: Elección da autoestima como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Ten baixa autoestima	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	85 55,9%	125 58,7%	210 57,5%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	67 44,1%	88 41,3%	155 42,5%
Total			152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

No que atinxe ao estrés, como se ve na táboa 100, tan só un 0,8% dos que si teñen un familiar ou amigo con doenza mental sinalaron este ítem fronte un 5,6% correspondente aos que non presentan esta característica. Sendo a diferenza do 4,8%. Isto manteríase no segundo pase dos cuestionarios.

Táboa 100: Elección do estrés como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Ten estrés	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	4 2,6%	13 6,1%	17 4,7%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	148 97,4%	200 93,9%	348 95,3%
Total			152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

A ansiedade foi sinalada, no curso 2015-2016, por un 23,4% dos enquisados/as que si teñen un familiar ou amigo con enfermidade mental, mentres que esta porcentaxe baixa a un 19,5% nos enquisados que non o teñen. Alcanzando unha diferenza de case un 4%. Neste caso no curso 2016-2017 a devandita diferenza baixaría ata alcanzar o 2,3% (ver táboa 101).

Táboa 101: Elección da ansiedade como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Ten un trastorno de ansiedade	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	30 19,7%	37 17,4%	67 18,4%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	122 80,3%	176 82,6%	298 81,6%
Total			152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

De novo, no curso 2015-2016, a porcentaxe de persoas enquisadas que marcaron como diagnóstico un TCA que non é anorexia nin bulimia é dun 21,1%, en aqueles que si teñen un familiar ou amigo con enfermidade mental. Mentres que aqueles que non o teñen supoñen unha porcentaxe do 13,1%; situándose a diferenza nun 8%. Esta diferenza redúcese drasticamente no curso 2016-2017 ata quedar nun 1,8% (ver táboa 102).

Táboa 102: Elección dun trastorno da conduta alimentaria, que non é nin anorexia nin bulimia, como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Ten un trastorno da conduta alimentaria, pero nin bulimia nin anorexia	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	18 11,8%	29 13,6%	47 12,9%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	134 88,2%	184 86,4%	318 87,1%
Total			152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

A porcentaxe dos que marcaron unha dieta non axeitada como diagnóstico da situación proposta na *viñeta clínica* é, no ano 2015-2016, dun 6,3% no caso dos que si teñen un familiar ou amigo con enfermidade mental, porcentaxe que case se duplica no caso de aqueles que non o teñen que alcanza o 12,4%. Pódese atopar, pois, unha diferenza do 6,1%. Nesta ocasión a diferenza redúcese ata o 5,6% no segundo ano de formación das persoas enquisadas (ver táboa 103).

Táboa 103: Elección de estar facendo unha dieta non axeitada como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Está a facer unha dieta non axeitada	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	20 13,2%	40 18,8%	60 16,4%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	132 86,8%	173 81,2%	305 83,6%
Total			152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

En vista destes datos pódese apuntar que, en relación a esta variable, existirían dúas tendencias diferenciadas:

- Por unha banda, aquelas persoas que si teñen un familiar ou amigo cunha doenza metal tenden a darlle máis importancia a factores como a autoestima, a ansiedade ou un TCA diferente á anorexia ou a bulimia (sempre comparándoos cos que non o teñen). Así esta parte dos suxeitos de estudo non atinan plenamente co diagnóstico descrito na *viñeta clínica*, aínda que si amosan determinada tendencia a sinalar aqueles factores de risco clinicamente máis vencellados á etiloxía do trastorno sobre o que se pregunta.
- Por outra banda, os que non teñen familiares ou amigos con enfermidades mentais tenden a relacionalo con maior frecuencia con factores como: o estrés ou o feito de estar seguindo unha dieta non axeitada. Así pois, neste caso, tenden a relacionar a descrición da *viñeta clínica* con factores ambientais, de tipo máis social, como os mencionados. Menos ligados a entidades nosográficas da saúde mental.

Unha vez observada esta tendencia comprobamos como, no ano 2015-2016, a valoración dos/as profesionais que deberían formar parte do equipo de tratamento, ou intervención, só no caso dos psicólogos/as é relevante, percibíndoos como parte indispensable do devandito equipo. Xa que o 91,4% dos que si teñen familiares ou amigos con enfermidade mental os inclúen como parte fundamental do mesmo. Mentres que esta porcentaxe baixa nun 4,9% cando falamos de enquisados/as que non teñen familiares ou amigos con doenza mental; xa que esta porcentaxe quédase no 86,5%.

En canto á utilidade dos profesionais que se lles citan -e a pesar de que non existen grandes diferenzas-, atopamos catro ítems relevantes. Un 68% dos que si terían contacto vital ca doenza mental, perciben como útil ao psiquiatra; fronte ao 61% dos que non, é dicir, unha diferenza dun 7%. O 100% dos que si sinalan a utilidade do/a profesional da psicoloxía, fronte ao 96,6%. En canto á posible utilidade do uso dun servizo telefónico de asesoramento un 26,6% dos que si tiveron contacto ca doenza mental na súa vida persoal, o perciben como útil; fronte o 18,4% dos que non tiveron ese tipo de contacto, alcanzando unha diferenza do 8,2%. E, por último, en canto á afirmación de que a persoa pode resolver o problema soa a porcentaxe dos/das que marcaron esta opción como posible é dun 2,3% dos que si tiveron persoas na súa contorna íntima e privada contacto ca doenza mental, fronte a un 6,7% dos que non o tiveron.

Táboa 104: Elección bulimia como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Ten bulimia	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	108 72,0%	123 57,7%	231 63,6%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	42 28,0%	90 42,3%	132 36,4%
Total		Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	150 100,0%	213 100,0%	363 100,0%

Finalmente destacar que dentro dos TCA mantense o patrón de sobrediagnosticar a bulimia na descrición feita na *viñeta clínica* proposta (ver táboa 104). De feito, as persoas con certa experiencia da enfermidade “diagnostican” un 14% máis a bulimia. Rechamante tamén é o feito de que esta diferenza no primeiro ano de formación sería practicamente inexistente xa que so sería dun 0,6%.

En canto á anorexia os resultados amosados na táboa 105 implican que a diferenza sería dun 4,6% entre as persoas con experiencia da enfermidade e as que non. Neste caso concreto, a diferenza no curso 2015-2016 sería dun 1,7%, “diagnosticando” por riba o estudantado con experiencia da enfermidade. Polo tanto, a diferenza medra case un 3% do primeiro ao segundo ano.

Táboa 105: Elección anorexia como diagnóstico polas persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Ten anorexia	marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	57 37,5%	70 32,9%	127 34,8%
	no marcado	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	95 62,5%	143 67,1%	238 65,2%
Total		Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

Para rematar este apartado pódense comentar os factores que as persoas enquisadas sinalan como operantes na etioloxía dos TCA (ver táboa 106). As persoas con experiencia de enfermidade asignan maior importancia aos factores ambientais case nun 5%. Fronte a isto, as persoas sen experiencia de enfermidade asignarían aos factores psicolóxicos das persoas e os medios de comunicación. Isto repetiríase en relación aos resultados do curso 2015-2016.

En relación aos medios de comunicación as persoas con experiencia vital da enfermidade os consideran menos importantes que as persoas que non tiveron contacto ca enfermidade, de feito a diferenza da porcentaxe sitúase no 2,4%. Ademais, no segundo pase dos cuestionarios fan aparición a familia e os factores biolóxicos, que non foron marcados por ninguén no curso 2015-2016.

Táboa 106: Factores etiolóxicos dos TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Na túa opinión, Cal dos seguintes aspectos pode ser a causa principal dunha situación coma a de _____? Marcar só unha opción	Factores psicolóxicos da persoa	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	89 58,6%	128 60,1%	217 59,5%
	Factores biolóxicos	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	1 0,7%	1 0,5%	2 0,5%
	Os medios de comunicación	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	27 17,8%	43 20,2%	70 19,2%
	Factores ambientais	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	18 11,8%	15 7,0%	33 9,0%
	A familia	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	3 2,0%	7 3,3%	10 2,7%
	O estrés	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	4 2,6%	4 1,9%	8 2,2%
	Non sabe	Recuento % dentro de Tés algún	3	3	6

13.2. O TRATAMENTO E A EXPERIENCIA DA ENFERMIDADE

En xeral pódese afirmar que as persoas enquisadas que tiveron contacto ca doenza mental semellan amosarse máis proclives ao uso de medicación, deste xeito as porcentaxes de alumando que compren esta característica son superiores, no curso 2016-2017 (ver táboa 108), na valoración da utilidade dos antidepresivos, tranquilizantes/calmanes e somníferos. O único caso que racharía esta regra é o dos antipsicóticos. Fronte a isto as persoas que non tiveron a experiencia vital da enfermidade perciben como máis útil o uso das vitaminas (61,5%).

Táboa 107: Percepción da utilidade das vitaminas no tratamento dos TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Vitaminas	Útil	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	75 49,3%	131 61,5%	206 56,4%
	Nin útil, nin prexudicial	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	56 36,8%	67 31,5%	123 33,7%
	Prexudicial	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	3 2,0%	3 1,4%	6 1,6%
	Non sabe	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	16 10,5%	12 5,6%	28 7,7%
	Non contesta	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	2 1,3%	0 0,0%	2 0,5%
	Total	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

Como se pode observar na táboa 107 as persoas non tiveron experiencia da enfermidade perciben as vitaminas como máis útiles, que as persoas que non a tiveron, cunha diferenza superior ao 12%.

Táboa 108: Percepción da utilidade de distintas sustancias no tratamento dos TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

Sustancias	SI		NON	
	2015-2016	2016-2017	2015-2016	2016-2017
Vitaminas	52,3%	49,3%	46,4%	61,5%
Antidepresivos	50,8%	46,1%	45,7%	40,8%
Tranquilizantes/Calmantes	24,2%	36,8%	29,2%	26,8%
Antipsicóticos	3,9%	4,6%	6,7%	6,6%
Somníferos	2,3%	9,2%	5,6%	6,6%
Acupuntura	22,7%	19,1%	19,5%	14,6%
Remedios naturais	41,4%	32,2%	34,8%	27,7%

Se pasamos do tipo de sustancia usada no tratamento á recomendación que as persoas enquisadas lles darían a alguén no proceso de pescuda de axuda para algún tipo de trastorno alimentario pódese detectar que as persoas con experiencia vital da enfermidade recomendaría preferentemente pescudar axuda profesional (ver táboa 109). Mentres que as persoas que carecen deste tipo de experiencia superan aos anteriores na recomendación de que a persoa acuda a

familiares, amizades ou persoas da súa contorna. Estes resultados repítense tanto no primeiro como no segundo ano de formación; ademais as porcentaxes mantéñense sen practicamente cambios.

Táboa 109: Recomendacións a alguén que ten un TCA segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2016-17

			Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?		Total
			Si	Non	
Se tiveses que recomendarlle algo, que lle dirías?	Que vaia a un/unha profesional	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	132 86,8%	174 81,7%	306 83,8%
	Que pida axuda a familiares, amigos, etc	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	18 11,8%	32 15,0%	50 13,7%
	4	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	0 0,0%	2 0,9%	2 0,5%
	Non sabe	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	1 0,7%	0 0,0%	1 0,3%
	Non contesta	Recuento % dentro de Tés algún familiar próximo ou amigo/a con algunha doenza mental?	1 0,7%	5 2,3%	6 1,6%
Total			152 100,0%	213 100,0%	365 100,0%

Xunto a isto destaca que o estudantado con experiencia da enfermidade pensan que dificilmente pode ser de utilidade que a persoa intente saír soa deste tipo de situación (2,3%), fronte ao 6,7% das persoas que carecen deste tipo de experiencia que consideran útil que a persoa resolva por si mesma este tipo de problemas.

Táboa 110: Percepción das razóns polas que alguén que ten un TCA non pescuda axuda segundo as persoas cun familiar ou amigo con doenza mental, 2015-16

	SI	NON
Pensa que pode controlar o problema	80,5%	81,6%
Pensa que a súa situación non require axuda ou tratamento	68,8%	67,8%
Sinte vergoña polas súas condutas e/ou pensamentos	56,3%	51,3%
Ten medo a ser rexeitado/a polos demais	53,1%	54,3%
Ten medo de que a consideren unha persoa enferma mental	50,8%	41,2%
Ten medo a ser criticado polos demais	47,7%	56,2%
Pensa que as súas condutas ou pensamentos non son graves	46,1%	49,8%
Pensa que o problema é temporal	31,3%	27,7%
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	21,1%	16,5%
Pensa que o problema non interfere na súa vida diaria	6,3%	16,5%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (se podían marcar todas as opcións desexadas).

Como se pode ver na táboa 110 as persoas con experiencia vital da doenza mental valoran máis a influencia das valoracións sociais. Deste xeito, case o 51% a marca como razón importante para

non pescudar axuda, mentres que so é elixida por un pouco máis 41% das persoas que non tiveron contacto coa enfermidade mental na súa vida privada.

A modo de resume deste ítem pódese concluír que, de novo, atopámonos cuns resultados relativamente homoxéneos, nos que as diferenzas entre os suxeitos que teñen experiencia da enfermidade e aqueles que non a teñen son relativamente baixas, se ben veñen a confirmar a tendencia que víñamos explicando en apartados anteriores.

Parece que aqueles enquisados/as que teñen experiencia da enfermidade son máis conscientes - aínda que non foran capaces de diagnosticar con acerto o caso que se lles presentaba-, que están ante unha problemática que ten máis gravidade, mentres que aqueles que non a teñen volven a amosar porcentaxes de resposta máis alto en aqueles ítems que están relacionados co social, especialmente co estigma:

- O ítem “Pensa que o problema é temporal” foi marcado con máis frecuencia en aqueles que si teñen un familiar o amigo con doenza mental (31,3%) mentres que en aqueles que non foi elixido por un 27,7% (unha diferenza de case o 4%).
- O ítem “Sente vergoña polas súas condutas ou pensamentos” segue o mesmo patrón que o anterior: foi marcado por un 56,3% das persoas enquisadas que teñen a experiencia da enfermidade, fronte ao 51,3 % que non a teñen (unha diferenza do 5%).
- O ítem “Ten medo das súas condutas ou pensamentos” é preferido cunha maior frecuencia en aqueles que tiveron a experiencia coa enfermidade (21,1%), fronte ao 16.5% que non a tivo (unha diferenza do 4,6%)
- O aspecto máis relevante deste conxunto de posibles motivos polos que un suxeito con TCA non pide axuda é o medo a que o consideren un enfermo mental. Este é marcado por un 50,8% dos enquisados con experiencia coa enfermidade, fronte ao 41,2% de aqueles que non a tiveron (diferenza do 9,6%).

Observando estas catro respostas pode apreciarse que os enquisados/as que tiveron experiencia da enfermidade: consideran que o doente cree que o problema que está a pasar é algo temporal, que sente vergoña polas súas condutas ou pensamentos e que pode sentir medo por estes. Semellan tamén ser conscientes do alto nivel de estigma que existe con respecto á doenza mental ao sinalar o medo a ser considerado un enfermo mental como factor explicativo en máis da metade dos casos.

Finalmente, o medo a ser criticado convértese no segundo aspecto máis relevante deste bloque de posibles motivos polos que as persoas non solicitan axuda. Esta opción é preferida por un 56,2% dos enquisados/as que no teñen experiencia da enfermidade, fronte ao 47,7% dos que si a tiveron. Isto revélanos novamente como as persoas que non tiveron contacto coa enfermidade na súa contorna tenden a establecer causas explicativas máis relacionadas co ámbito social ou a vida social do suxeito.

Se a experiencia da enfermidade afecta á percepción dos TCA é necesario revisar se o xénero afecta dalgún xeito á devandita percepción, e de feito como se verá no próximo capítulo, esta variable é a que xenera maiores diferenzas nos resultados das persoas enquisadas. Diferenzas que se proxectan e manteñen estables nos resultados que se obtiveron dos profesionais (ver capítulos 17 e 18).



CAPÍTULO 14

O XÉNERO: UNHA VARIABLE EXPLICATIVA

O xénero inflúe. Nunha reunión de homes e mulleres, pesa moitísimo máis...eh, pois o que di un varón, mesmo, ás veces, empezan a falar entre eles e tal, e as mulleres entre que tendemos a silenciar a nosa voz e a...ser máis...moito máis modestas “non, eu mellor calo, porque están falando eles”. Entre que non nos atrevemos a arrincar a falar e o que dicimos, ás veces, é como “Bah, xa está esta, tal ou isto”. Eu, en xeral, vin...en reunións iso...pois, en xeral, a opinión feminina...pasa moitísimo máis desapercibida. Por iso temos que opinar máis. Ben, iso non é unha desculpa. Temos que falar e adestrar a nosa voz para expresarnos en alto...para que se nos oia, porque senón, non se nos oe, e nos queixamos de que non se nos oe.

GM

O xénero foise amosando ao longo desta investigación como unha das variables máis importantes á hora de estudar a percepción dos profesionais dos TCA. As porcentaxes de diferenza entre as distintas opcións de resposta suben neste caso ata alcanzar valores superiores a 10 puntos.

Recórdese que os cuestionarios que se pasaron para a realización desta investigación presentábanse ás persoas enquisadas dúas *viñetas clínicas* diferentes. Unha correspóndese a unha descrición dun caso de anorexia, e a outra cá descrición dun caso de bulimia (ver anexo I). Á súa vez pasáronse cuestionarios asignando ás mesmas descricións a un home e a unha muller.

14.1. A PERCEPCIÓN DA ANOREXIA DO ESTUDANTADO

Para empezar a anorexia é lixeiramente máis identificada coas mulleres. Isto mantívose todo ao longo dos resultados desta investigación. Tanto o estudantado, a través dos resultados cuantitativos, como os/as profesionais a través dos resultados cualitativos amosan a súa reticencia a asumir que un home poida sufrir un TCA. O que é máis, as persoas profesionais estudadas amosan, de feito, unha maior resistencia a admitir esta posibilidade. Para racionalizar este tipo de crenzas presentan argumentos como que eles nunca viron na súa carreira profesional, nalgún caso moi dilatada, un home cun TCA. Deste xeito identifican a súa experiencia co criterio que valida a propia realidade, é dicir, algo é real se eu persoalmente viño ao longo da miña experiencia profesional; este tipo de argumentos serían doadamente desbaratados, xa que, eu nunca fun a América, pero non por iso ese continente deixa de existir. Chama a atención que eses profesionais non entendan que para coñecer unha determinada realidade de xeito científico débese acudir á investigación, é dicir, á ciencia, sexa esta básica ou aplicada. Por outra banda, a racionalización da imposibilidade da existencia de homes con TCA tamén se artella arredor dun discurso no que o trastorno asume o papel de síntoma, non de verdadeira enfermidade. É dicir, os trastornos alimentarios serían o síntoma dalgún proceso psicodinámico alterado: neuroses, outras doenzas mentais, etc.

En realidade, como se avanzou, no caso do estudantado a resistencia non é tan alta a admitir a posibilidade de que algún home poida pasar un TCA. No grupo de discusión de traballo social, de feito, algún dos participantes consideraban que a prevalencia deste tipo de trastornos era superior no xénero masculino. Algo que como se dixo no capítulo 4 non responde en absoluto á realidade das cifras. O discurso explica que segundo o alumnado o home, nos últimos tempos, estase vendo máis

afectado pola obsesión pola imaxe, e está sendo máis exposto na publicidade. O que provocou que unha parte da poboación masculina asumise determinados mandatos sociais en forma de movementos sociais como o os homes metrosexuais, a necesidade de depilarse, etc.

Táboa 111: Percepción do diagnóstico en función do xénero

Diagnóstico	Home anorexia	Muller anorexia	Diferenza
Baixa autoestima	58,6%	61,7%	3,1%
Bulimia	58,6%	54,2%	4,4%
Anorexia	51,5%	56,1%	4,6%
Problema de saúde mental	37,4%	39,3%	1,9%
Depresión	20,2%	13,1%	7,1%
Trastorno de ansiedade	8,1%	5,6%	2,5%
TCA, pero nin anorexia nin bulimia	7,1%	5,6%	1,5%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Como se pode observar na táboa 111 case o 59% dos enquisados/as identifican, neste caso, unha bulimia como diagnóstico na *viñeta clínica* dun home, cando en realidade é unha *viñeta clínica* dun caso de anorexia. Ademais, a porcentaxe de estudantes que acertan aumenta case nun 5% na asignación da anorexia a unha muller, aínda tendo diante exactamente a mesma descrición do caso.

Por outra banda, vencélase a depresión aos homes de xeito preferente. Precisamente a depresión identifícase nos grupos de discusións e entrevistas, como se dixo hai unhas liñas, como a verdadeira “enfermidade” que encobren os TCA no xénero masculino.

Táboa 112: Percepción da etioloxía dos TCA en función do xénero

Causas	Home anorexia	Muller anorexia	Diferenza
Factores Psicolóxicos da persoa	70,7%	56,1%	14,6%
Os medios de comunicación	12,1%	22,4%	10,3%
Factores ambientais	5,1%	8,4%	3,3%
Factores biolóxicos	0,0%	0,0%	0,0%
Estrés	7,1%	6,5%	0,6%

A isto súmase que no caso dos homes o estudantado percibe a etioloxía dos TCA moi vencellada a factores psicolóxicos da persoa (ver táboa 112). No caso das mulleres, esta influencia considérase que é menor, pero este papel predominante pasa a asignarse aos medios de comunicación. Para describir o labor, ou papel, dos medios en relación aos TCA nos grupos de discusión adoita a usarse o verbo machucar, especificando que os medios “machucan máis ás mulleres que aos homes” (GTS). O grupo de alumnos/as de psicoloxía din que existiría unha tiranía dos medios en relación ao canon de imaxe que transmiten e imponen á sociedade. Isto supón, por unha banda “que hai que ocultar os signos da vellez. Eu iso cada vez o vexo máis, tanto en homes como en mulleres” (GP), e por outra banda, a reclusión da gordura na dimensión do oculto. Unha das participantes sinala que “O de guapa, ou guapo, tamén, ou sexa, todo o que se salga...ou gordo. Sae alguén moi delgado pero alguén moi gordo rarísimo” (GP). Á súa vez, isto revirte en que,

hai demasiada información sobre demasiadas cousas, e demasiadas enfermidades, e demasiada obsesión coa enfermidade (...). Eu creo que o que xera é medo nas persoas, e o medo eu creo que é un...potente instrumento para o control.

–Eu creo hai exceso de información tamén, e que o exceso de información xera...é que iso...é un pouco contradictorio, pero eu creo que cando...que hai un punto medio, nin nada de información nin demasiada. Os dous extremos xeran medo. Paréceme a min (GP).

En relación á definición dos TCA, as persoas enquisadas consideran que a anorexia é, preferentemente, unha enfermidade de mulleres. Isto é de especial relevancia dado que, como se recordará a enfermidade é o termo que nos grupos de discusión o alumando considera de maior

gravidade. En cambio, o trastorno -considerado menos grave-, nesta xeira, é identificado sobre todo cos homes (ver táboa 113).

Táboa 113: Percepción da definición dos TCA en función do xénero

Concepto	Home anorexia	Muller anorexia	Diferenza
Enfermidade	24,2%	32,7%	8,5%
Trastorno	66,7%	58,9%	7,8%
Problema persoal	7,1%	5,6%	1,5%
Síndrome	0,0%	1,9%	1,9%

Ademais os TCA identifícanse, como se pode ver na táboa 113, no caso masculino con problemas persoais máis doadamente que no caso feminino.

Se se revisa os resultados da valoración da utilidade dos tratamentos coa perspectiva de xénero, pódese observar nos resultados contidos na táboa 114 que no caso das mulleres as persoas enquisadas consideran como as sustancias máis útiles para tratar os TCA: as Vitaminas (59,8%), os Antidepressivos (53,3%), os Remedios naturais (33,6%), os Tranquilizantes (27,1%), os Antipsicóticos (6,5%) e os Somníferos (1,9%). Mentres que no caso masculino o alumnado valora preferentemente o uso de Antidepressivos (65,7), Vitaminas (53,5%), Tranquilizantes (31,3%), Remedios naturais (25,3%), Antipsicóticos (8,1%) e Somníferos (4%). Así pois, ante exactamente a mesma situación o alumnado varía a percepción do diagnóstico e do tratamento a implementar.

Táboa 114: Percepción da utilidade de tratamentos en función do xénero

Tratamento	Home anorexia	Muller anorexia	Diferenza
Vitaminas	53,5%	59,8%	6,3%
Antidepressivos	65,7%	53,3%	12,4%
Tranquilizantes	31,3%	27,1%	4,2%
Antipsicóticos	8,1%	6,5%	1,6%
Somníferos	4,0%	1,9%	2,1%
Remedios naturais	25,3%	33,6%	11,3%

14.2. A PERCEPCIÓN DA BULIMIA DO ESTUDANTADO

Se volvemos a repetir o percorrido feito na sección anterior ca anorexia nesta ocasión ca bulimia os resultados son os que se poden atopar de seguido.

Táboa 115: Percepción do diagnóstico en función do xénero

Diagnóstico	Home bulimia	Muller bulimia	Diferenza
Baixa autoestima	58,7%	54,4%	4,3%
Bulimia	59,6%	62,1%	2,5%
Anorexia	9,2%	14,6%	5,4%
Estrés	3,7%	9,7%	6,0%
Depresión	6,4%	2,9%	3,5%
TCA, pero nin anorexia nin bulimia	22,9%	26,2%	3,3%

Nota: pregunta con posibilidade de resposta múltiple (máximo tres opcións).

Desta xeira pódese ver na táboa 115 como as mulleres son identificadas ca anorexia en maior medida mesmo cando a situación que se propón é un caso de bulimia. De novo, fai aparición o patrón de asignación aos homes de causas externas ao propio TCA. Nesta táboa pódese observar como a situación dos homes achácase preferentemente a unha posible depresión ou problemas de autoestima. As mulleres, pola contra, terían un TCA distinto da anorexia e da bulimia, estas mesmas ou estrés.

As mesmas causas dos TCA, manterían á súa prelación respecto do visto para a anorexia: os factores psicolóxicos afectarían máis aos homes e os ambientais ás mulleres. A única diferenza atopámola en que a influencia dos medios de comunicación equilibraríase entre os dous xéneros (ver táboa 116).

Táboa 116: Percepción da etioloxía dos TCA en función do xénero

Causas	Home bulimia	Muller bulimia	Diferenza
Factores Psicolóxicos da persoa	68,8%	63,1%	5,7%
Os medios de comunicación	20,2%	19,4%	0,8%
Factores ambientais	6,4%	9,7%	3,4%
Factores biolóxicos	0,0%	0,0%	0,0%

A percepción da utilidade das sustancias que se deberían usar para tratar os TCA tamén se distribúen neste caso de xeito distinto entre os homes e as mulleres (ver táboa 117). Aos homes de novo se lle recomendarían antidepressivos, mentres que para as mulleres considérase máis efectivo as vitaminas, os tranquilizantes e os antipsicóticos. A diferenza nas porcentaxes, por outra banda, atópase na utilidade dos remedios naturais que son asignados maioritariamente ás mulleres.

Táboa 117: Percepción da utilidade de tratamentos en función do xénero

Tratamento	Home bulimia	Muller bulimia	Diferenza
Vitaminas	35,8%	46,6%	10,8%
Antidepressivos	42,2%	29,1%	13,1%
Tranquilizantes	23,9%	31,1%	7,2%
Antipsicóticos	2,8%	6,8%	4,0%
Remedios naturais	35,8%	54,4%	18,6%

En relación ao equipo que podería ser máis útil para o tratamento dos TCA para os homes a prelación das preferencias consideradas máis útiles sería: psicólogo (96,3%), dietista (93,6%) e psiquiatra (62,4%). Mentres que para as mulleres sería: psicólogo (100%), dietista (95,1%) e psiquiatra (57,3%). Como se pode ver a prelación é a mesma pero as porcentaxes oscilan no caso do psiquiatra un 5%, considerándose este profesional máis útil para os homes, mentres que para as mulleres sería o psicólogo.

En relación á confianza que sente o estudantado en poder axudar a unha persoa con TCA, as persoas enquisadas séntense pouco, ou nada confiadas en axudar a un home (44%). Mentres que no caso dunha muller a porcentaxe baixaría case un 12% ata quedar situado no 32,1%.

Os motivos polos que estas persoas non solicitan axuda asígnanse no caso dos homes a pensar que non requiren axuda (68,8%) e que teñen medo a ser criticados (64,2%). As mulleres neste caso tamén manteñen a prelación pero mudan as porcentaxes xa que segundo as persoas enquisadas o 63,1% non buscaría axuda ao pensar que non a precisan, e o 55,3% sentirían medo a ser criticadas.

Destaca finalmente, en relación á bulimia as diferenzas na percepción das persoas que teñen un TCA en función do seu xénero.

Táboa 118: Valoración das características persoais das persoas con TCA en función do xénero

Característica persoal	Home bulimia	Muller bulimia	Diferenza
Se quixera podería saír por si mesma desta situación	10,1%	6,8%	3,3%
Esta situación é un sinal de debilidade persoal	32,1%	41,8%	9,7%
A situación volve a esta persoa imprevisible	17,4%	29,1%	11,7%

Na táboa 118 pódense ver as porcentaxes de enquisados/as que están de acordo, ou moi de acordo, coas afirmacións obxecto da pregunta que se lles presenta no cuestionario. Da devandita táboa pódese colixir que os homes son encadrados na masculinidade dominante nestes intres, é dicir, a que se artella arredor de significados de fortaleza física, un nivel de actividade e de activación condutual alto, a procura do sustento, a autonomía, a agresividade, a violencia, etc. É dicir, o que Gilmore chama o “O home peñador-protector-proveedor” (1994, p. 217). Todo isto afasta ao xénero masculino doutra serie de significados como os labores de coidado, a capacidade

emocional e a capacidade de poder pedir axuda (Bacete, 2017). Este tipo de imaxinarios encadrados no pensamento patriarcal dominante, neste caso vencella aos homes que poidan ter un TCA cunha personalidade débil, algo que non se identifica tan claramente nas mulleres. Fronte a isto ás mulleres a percepción do estudantado as definiría como persoas imprevisibles, a eterna vinculación da muller á loucura. De aí que, como se dixo anteriormente no marco teórico, historicamente as mulleres foron: as bruxas, as anoréxicas santas, as histéricas, as neuróticas...E no momento actual, semella que este imaxinario adoptou a forma das mulleres con TCA que son imprevisibles, que deben ser tratadas con tranquilizantes e por psicólogos.

Ao longo do contido deste capítulo viuse como a variable xénero exerce unha grande influencia na percepción dos TCA do estudantado, algo que se repetirá nos resultados obtidos dos/as profesionais.

As situacións descritas nas viñetas clínicas foron máis correctamente identificadas cos TCA no caso das mulleres xa que o 56,1% das persoas enquisadas atinaron co diagnóstico de anorexia da viñeta clínica (fronte ao 51,5% no caso dos homes). Isto repítese no caso da bulimia como se pode ver na táboa 115.

Pero máis alá da identificación do trastorno concreto do que se esté a falar a propia percepción dos TCA muda se se fala de homes ou de mulleres. No caso masculino ás causas dos TCA son atribuídas a factores psicolóxicos, son consideradas trastornos⁶¹ e o estudantado considera que o tratamento máis axeitado, en case todos os casos⁶², sería a través do uso de antidepressivos e tranquilizantes/calmantes. A diferenza do dito, no caso feminino ás causas preponderantes dos TCA atribúense á influencia dos medios de comunicación.

Por último, o alumnado asigna a autonomía como valor predominante ao home, algo que por outra banda, o imaxinario patriarcal ven vencellando á masculinidade ao considerar que o home podería saír por si mesmo desta situación. Pero, no caso feminino é maior a asignación da debilidade persoal ao estigma desta doenza mental. Asemade, tamén é superior no caso das mulleres á asignación de imprevisibilidade ás persoas con algún TCA.

Con estas consideracións remata a exposición dos resultados obtidos mediante a enquisa e os grupos de discusión que se levaron a cabo co estudantado dos graos estudados. Pódese concluír a estas alturas a preponderancia no estudantado do imaxinario psicolóxico o cal orienta a percepción dos TCA a ser considerados como entidades causadas por factores psicolóxicos das persoas e que deben de ser tratados con psicoterapia, asignando o papel con maior utilidade dentro dos profesionais ao psicólogo/a. Explicouse tamén como o estudantado está afectado polo estigma que acompaña á doenza mental, asignando características negativas ás persoas que teñen este tipo de diagnósticos e rexeitando manter relacións sociais dun nivel alto de intimidade con elas. Tamén se viu como inflúe na percepción dos TCA do alumnado o feito de que as persoas poidan ter experiencia persoal da enfermidade, xa que esta vencella os trastornos a valorar en maior grao os facores de risco clinicamente sinalados como causas deste tipo de doenzas e facendo ás persoas máis conscientes da gravidade deste tipo de enfermidades. Afectando por todo iso tamén á percepción do tipo de tratamento que debe de utilizarse para a súa curación. Por último, véñense de explicar neste capítulo as diferenzas que provoca a variable xénero na percepción dos TCA do alumnado.

Pero antes de dar paso aos resultados obtidos da investigación levada a cabo cos profesionais da saúde quérese facer notar que nos resultados recompilados do estudantado emerxeron unha serie de significados na percepción dos TCA como son o control, a obsesión, etc. así como a diferenza da percepción no caso dos xéneros que se repetirá no caso dos/as profesionais. A única diferenza, sería a forma do discurso que vai asumindo forma profesional na súa superficie: uso de termos

⁶¹ Debe recordarse que segundo os resultados dos grupos de discusión o trastorno sería de menor gravidade que a enfermidade.

⁶² O patrón non se cumpre en todos os casos debido a que a xerarquía non se mantén nalgún caso no caso da bulimia.

técnicos, argumentacións con forma máis profesional, etc. pero que non afecta ao significado profundo que se expón na narrativa que se ofrece.



A PERCEPCIÓN DOS PROFESIONAIS





CAPÍTULO 15

OS TCA: IMAXINARIOS, PERCEPCIÓNS E SIGNIFICADOS

Eu coido que [os TCA] moita xente... non os entende ata que non lles ocorren, e cando lles ocorren...é tan sorprendente que seguen sen entendelos

TS.05, p.10⁶³

INTRODUCCIÓN

Como se comentou na conclusión do capítulo anterior este capítulo da comezo a exposición dos resultados obtidos cos/as profesionais pertencentes ás disciplinas obxecto desta investigación. En concreto neste capítulo levarase a cabo un primeiro acercamento á percepción dos TCA dos profesionais. Isto farase mediante a determinación do imaxinario que orienta a percepción de cada disciplina e das consecuencias que isto ten en relación á percepción da etioloxía dos trastornos e o dos significados que se asignan.

Pódese comezar dicindo que diferenza do que se explicou no caso dos estudantes de medicina, os psiquiatras recoñecen explicitamente nos seus discursos a preeminencia do imaxinario biomédico no campo da saúde mental. Guimón e Chouza explican a evolución do seu predominio dicindo que

No que se refire a España, unha enquisa que realizamos en 1977 entre psiquiatras e residentes en Psiquiatría poñía en evidencia que consideraban maioritariamente ao chamado "modelo médico" como trasnoitado, e, en cambio, estaban convencidos da vixencia da psicanálise. A situación modificouse nos anos seguintes, como se viu nunha enquisa que realizamos en 1986 e na que os psiquiatras españois inclinábanse principalmente polo modelo médico (43%) seguido polo psicodinámico (26%) e, por último, polo social (11%). No ano 2003, unha enquisa de Luis Yllá amosaba que o 51,9% dos psiquiatras españois identificábanse co modelo médico biolóxico e un 10,4% decantábase por un poder psicolóxico e consecuentemente realizaban, sobre todo, tratamento medicamentosos, e moi pouco frecuentemente terapias psicodinámicas (Guimón e Chouza, 2013 p. 89).

Os/as psiquiatras participantes nesta investigación expoñen que durante a súa formación para alcanzar esta especialidade dentro da medicina, é cando o imaxinario social cambia e bascula cara un imaxinario de tipo biomédico. Isto coincidiría con determinadas advertencias que se atopan na literatura científica na que se pon de manifesto que “son moitas as persoas e asociacións que cren necesario intentar evitar o risco dun enfoque excesivamente bioloxicista cos nosos psiquiatras en formación”(Guimón, 2013, p.15). Un dos psiquiatras entrevistados falando da etioloxía dos TCA di:

⁶³ Como no caso dos capítulos adicados á exposición dos resultados obtidos do alumando, nos capítulos que recollen os resultados recompilados dos/as profesionais se inertarán citas literais entresacadas das transcripcións das entrevistas cos mesmos. Recórdase á persoa lectora que na metodoloxía desta investigación recollida no capítulo 1 deste traballo poden consultarse tanto os casilleiros tipolóxicos das entrevistas (ver táboa 3 a 5), como o sistema de codificación das entrevistas en profundidade (ver táboa 7).

“Si, é un tema moi complexo porque, realmente é, é un cerebro –desde o meu punto de vista-, é un cerebro, que sin saber moi ben porque, empeza a darche a orde de que non comas”(M.05, pp. 1⁶⁴).

Un dos psiquiatras entrevistados sitúa a orixe deste predominio do imaxinario biomédico no feito de que os profesionais vense inmersos nunha sensación de ser diferentes. Non son como o resto dos médicos/as. A enfermidade mental non é como o resto das enfermidades dada a súa propia idiosincrasia. Isto produce que os/as psiquiatras se sintan xulgados e por iso asumirían a tarefa de igualarse ao resto dos seus colegas médicos.

Unha das psiquiatras entrevistadas comenta que o feito de non compartir un modelo bioloxicista da explicación da enfermidade mental influíulle laboralmente. Esta profesional, despois de recoñecer que o modelo bioloxicista sería absolutamente predominante en Galicia, explica a súa posición en relación ao mesmo dicindo

O vexo dende a distancia, a distancia que che permite estar dentro da rede pública, que ás veces non, non é fácil, pero ben dende a distancia física porque esa historia fíxome alonxarme e irme a traballar a outra provincia, non porque eu o quixese voluntariamente, senón por un, por unha obriga, ou sexa, en determinado intre que se plantexan contratacións nos servizos hai xente que ten mellor cabida nos servizos porque ten ese tipo de perfil (...) é ata ese extremo, é un...é algo que ten que ver cun modelo e cunha ideoloxía, e, en Galicia, cun tema politizado (...) e vese dende lonxe, pero salpicada, salpicada (M.03, p.5)

A hexemonía do imaxinario social biomédico tivo neste caso unha consecuencia directa na vida laboral desta profesional xa que debido á súa adscrición a outros paradigmas, ou teorías vese afectada a súa posibilidade de contratación nos servizos nos que opta a traballar; quedando fóra dos mesmos e véndose obrigada a asumir un desprazamento a unha cidade a uns 130 quilómetros de distancia do seu lugar de residencia para poder seguir traballando como psiquiatra. Unha situación semellante é comentada por outra das psiquiatras entrevistadas que comenta que se viu obrigada a montar unha consulta privada dado que deixaron de convocala para traballar na sanidade pública. Chama a atención que esta última profesional, como M.03, traballou moito tempo fóra de Galicia e remarca a diferenza existente entre a situación desta comunidade cas outras que coñece sinalando tamén a politización do sistema laboral de contratación e o total predominio do imaxinario biomédico que se da no caso galego.

Debe considerarse que, como xa se mencionou anteriormente neste traballo, a hexemonía do modelo biomédico converteuse dende fai tempo nun tópico da literatura especializada das tres disciplinas obxecto de estudo, e tamén da Socioloxía (Bentall, 2011; Cockerham, 2017; González Pardo e Pérez Álvarez, 2014; Read e Haslam, 2006; Whitaker, 2015).

Agora ben, esta definición biolóxica da doenza mental sería tamén buscada polos propios doentes xa que iso lexítima á súa postura

Ante a obriga de ser feliz, ante a obriga de ser feliz, a única condición que te lexítima para non ser feliz é o mental entendido como enfermidade. Iso é a única condición que te lexítima. Porque o discurso, o outro discurso que ten que ver có mental, é un discurso que te pon en dúbida. É un discurso que te cuestiona. É un discurso que di que estas cousas saen de ti, que o síntoma ten quen que ver có teu. Ese é o discurso da psicanálise (...). O discurso médico é un discurso que lexítima, pero que di que bueno, que isto ten que ver cos xenes, pero claro, os xenes non son teus, ti non tes responsabilidade sobre os xenes, ou sobre a neurona (M.02, p. 19).

Esta idea coincidiría cá postura de González Pardo e Pérez Álvarez cando din que “Semella que os doentes están interesados, polo xeral, en ser tratados como enfermos de condicións biolóxicas (...) mesmo os doentes se autocomplacen e reivindican a condición de enfermos”(2014, pp. 52-53).

⁶⁴ Na táboa 117 pode verse esta mesma cita *in extenso*.

Nesa mesma situación, acompañando aos doentes, estarían os psiquiatras, posto que senten que o estatuto da enfermidade mental pode supoñer un problema para a lexitimación da súa profesión e seu rol. Un deles explica que

Hai cousas da profesión de psiquiatra que son difíciles e son complicadas; hai elementos que teñen que ver ca propia natureza apriorística do que tratas que é coma un tipo especial de sufrimento; eu creo que iso remove cousas a todas as persoas que traballan con iso, e que, dalgún xeito, todos rematan tendo unha posición defensiva en relación ás súas propias angustias. Esa posición defensiva, pois a día de hoxe, colócase no cientificismo, na medicación, nunha certa posición que esté marcada pola simetría, por estas cousas... O acercamento a pelo é complicado (M.02, p.1).

Ese aspecto que xustificaría a profesión e a súa actividade, sería a definición do seu obxecto de traballo a partir do concepto do deficitario. Un entrevistado explica do seguinte xeito

logo noutro aspecto así tamén do que tratas, do obxecto do que tratas que poder ser máis o concepto de déficit, non? Da insuficiencia, no que aí si que podes estar como un pouco máis, como falando, porque si que ten que ver tamén coa relación de axuda clásica, non? Entón o sufrimento ben, é unha posición máis natural, é unha posición que ven da medicina, estás aquí para axudar, eh? O suples, o sufrimento o suples, o palías, o calmas; estas cousas eu creo que si fan un pouco especial, un pouco diferente, eh, a posición do psiquiatra. Necesita construírse as súas defensas, necesita entender cousas que son difíciles, dar conta diso non soe gustar, non soe gustar (M.02, p.2).

O sufrimento “o suples, o palías, o calmas”. Isto acercaría a psiquiatría ao resto da medicina, é dicir en palabras de Kleinmann (1995) convirte aos psiquiatras en sanadores (*healers*); pero a idiosincrasia do seu obxecto coloca a estes profesionais nunha posición de diferenza cara o resto da profesión médica. Esta diferenza xera falta de seguridade, de autoestima profesional, sensación de cuestionamento por parte do resto dos colegas, a investigación e incluso do público en xeral. De aí que os psiquiatras perciban a necesidade de “construírse as súas defensas, necesitan entender cousas que son difíciles, dar conta diso non soe gustar, non soe gustar”(M.02, p. 2).

É así que os psiquiatras tratan o déficit, que os converte en sanadores; e por outra banda, este déficit ten que construírse, a partires da simetría con resto da profesión médica. Como conseguir isto? Un psiquiatra explica que o modelo actual de atención á saúde mental basearíase en dous “significantes”:

1. “O mental é unha enfermidade”. E unha enfermidade que caería dentro do campo médico. Isto produciríase porque “quérense equiparar a dereitos”. Isto encontraría a súa xustificación nun importante cambio que se produce neste intre, xa que, a “enfermidade mental tense que tratar igual que a enfermidade médica, se pasa á enfermidade mental é igual á enfermidade médica, e iso é falso”(M. 02, p. 6).
2. A medicalización provocou a inclusión da atención da saúde mental dentro da organización sanitaria. Isto provocaría que a atención á dimensión social da enfermidade mental foi asumida por: asociacións, fundacións, ONG's... É dicir, situada fóra da propia organización sanitaria (M.02, p. 6).

Isto é moi relevante, xa que o imaxinario bioloxicista opera a través dos procesos predominantes: a socialización dos profesionais e o proceso de medicalización que afectaría a toda a poboación (incluídos os propios profesionais). Como sinala Cockerham: “Todos os psiquiatras son formados como médicos e son socializados para adoptar a perspectiva médica. A profesión médica, o que non é sorprendente, considera a formación médica como a preparación óptima para traballar con persoas con trastornos mentais”(2017, p. 80).

A isto engaderíase a dimensión de control social que pode implicar nun intre determinado as intervencións dos profesionais da saúde mental. Control que pode entrar en colisión co dereito á autonomía dos pacientes, ou cas demandas das familias

É verdade que o obxecto no que se coloca a psiquiatría, en que se teñen que colocar os psiquiatras non só é o sufrimento, sempre hai algo que ten que ver ca disrupción, ca norma. O que ten que ver con manexarse entre o que... entre unha encomenda social, unha demanda de axuda da familia que ás veces entra en colisión coa liberdade do individuo. E creo que esa posición é incómoda, moi incómoda, e que, en xeral, as preguntas, os cuestionamentos sobre a orde psiquiátrica, sobre o que se fai e o que non se fai, pois eu creo que en xeral é algo do que, para min, non gusta falar, a min non me importa vamos (...) ás veces tamén é hartazgo sobre a dimensión do incompresible que sería difícil de colocar unha actividade discursiva dirixida a alguén que non tivera relación experiencial co psiquiátrico. Entendido este coma a experiencia do delirio, a loucura como desorganización do nivel cognitivo e racional. Algo que non se entende, nin por parte do público en xeral, nin por parte dos propios profesionais, aínda cando teñan unha longa carreira profesional (M.02, pp. 1-2).

Por outra banda, o falar destas cousas pode remover certos “puntos de anclaxe”(M.02, p. 2) que dan seguridade, e que, se se poñen en cuestión, xeran incompreensión por parte do profano. Esta falta de cimentos pode incluso afectar ás relacións laborais respecto das persoas que asumen postos directivos ou de xestión. Xa que as persoas que ocupan estes postos poden chegar a cuestionar “a estes que non entenden nada”(M.02, p. 2). Á súa vez, esa falta de bases sólidas pode provocar que os profesionais sexan remisos a converterse en suxeitos de investigación, como pasou perante o traballo de campo levado a cabo para a realización desta investigación (ver capítulo 1). Isto evitaría o ter que colocarse nunha posición que implique explicar discursivamente estes asuntos, xa que, “isto só se pode entender cando estás desde dentro, non me interesa isto, non me interesa”(M.02, p. 2).

Todo este cúmulo de idiosincrasias e inseguridades xeraría “mecanismos” para manexar esta situación “desde dentro”. Un psiquiatra explica que un dos devanditos mecanismos sería

a figura do supervisor típico do psicanálise clásico que se abandonou, a formación en psicoterapia na que ti poidas dar conta do teu está completamente abandonado, etc. Isto estaría motivado porque na época actual non sería especialmente proclive á autocrítica e ao autocuestionamento. Ademais, o sistema español de especialización dos médicos psiquiatras (MIR), tería algunhas bondades: máis igualitario que antes en relación ó acceso, que agora é por unha nota obtida nun exame, máis liberdade de elección de especialidade, alcázase unha homoxeneidade, fomenta a excelencia, etc. (M.02 p. 3).

Pero, por outra banda, sería “incompatible cunha formación en psicoterapia deste estilo”. Un dos psiquiatras entrevistados sinala que foi durante un tempo titor de psiquiatras residentes, pero que a situación agora mesmo sería moi complicado calquera cambio que se quixera facer, xa que,

estamos na tormenta perfecta. Estamos como nunhas características sociais determinadas (...) unha maneira de ser os individuos determinada eeh, unha profesión determinada, cunhas complexidades determinadas e unha organización da profesión e da formación determinada. Entón, neste sentido, mmm a miña visión é crítica. A miña visión é crítica. Mira, eu non son voceiro do resto dos psiquiatras. O que che podo dicir é, bueno que nestas cousas sempre pensas. Pois fun titor, falo con compañeiros, ás veces falo máis, ás veces falo menos, ás veces non falo, ás veces falo moitooo, ás veces os mando ao carallo (M.02, p. 3).

Pola súa banda, os/as profesionais do traballo social mostran unha posición menos bioloxicista. Unha profesional explica enfaticamente a súa postura dicindo: “Non, non, non. A min o da

xenética... Bueno, en realidade o que vexo é que non é unha explicación... que non me cadra demasiado, e neste caso menos [se se aplica aos TCA]”(TS.04, p. 25). En relación aos TCA, os/as traballadores/as sociais verían afectada á súa percepción dos TCA por parte do imaxinario sociolóxico. Un traballador social explica

Mira, como persoa humana, da rúa, eh.... sempre veñen clichés, porque é o que comenta a xente. Quero dicir, con casos que saen típicos de... Hoxe en día a anorexia é aquilo queee a xente identifica... É que o que hai é nenas moi tontas, que ven cousas demasiado tontas na internet e miran demasiado ás modelos. Como profesional, eu interpreto que posiblemente hai un problema de fondo, a nivel de comunicación da sociedade eeh... pero é que... é que a nivel... individual o que estamos creando é unha enfermidade. Quero dicir, non é unha rapaza caprichosa, unha nena tonta, é unha enfermidade que seguramente hai moito que investigar e que tratar, pero que hai que ter en conta o momento no que te atopas con esa persoa (TS.01, p. 1).

Este profesional identifica que a percepción do público en xeral iría orientada polo imaxinario do “escándalo”, un imaxinario que está vencellado directamente ao estigma (ver capítulo 2). Neste caso a etiquetaxe afecta ás mulleres que son percibidas como persoas que están afectadas polos canons sociais que crean e re-crean os medios a través da saturación da información e a repetición da mesma. Por outra banda, como profesional este traballador social estaría afectado polo imaxinario sociolóxico, identificando a etioloxía dos TCA polos procesos comunicativos que se establecen entre as persoas.

A isto sumaríase o papel das familias, que poden chegar a ser percibidas como elementos que asumen un papel causal cara este tipo de trastornos. Un profesional comenta que dende o seu punto de vista “A familia tamén, ás veces, a familia é a que presiona moito sobre a persoa, sobre a persoa en cuestión, xa sexa pequena ou maior. Ten moita presión familiar por moitísimas causas e o sacan así... neste tipo de trastorno”(TS.02, p. 10).

Este colectivo profesional, como se verá nesta investigación, asigna un papel determinante na etioloxía dos TCA á propia sociedade, que neste caso fala por boca dos medios de comunicación. Xa que, no sentido no que falaba TS.01, estes profesionais consideran que “hai demasiada información”(TS.06, p. 3), esta repítese ata o infinito; e chega a saturar a sociedade, é dicir, como diría Luhmann (2000, 2007a), os medios de comunicación de masas van creando e recreando a realidade; unha realidade, por outra banda, distinta á percibida nese momento e que ten que mudar continuamente.

Comenta unha profesional que “a persoa é corpo e mente, entón a mente domina sobre o corpo” (TS.02, p. 2). Isto marca unha distancia cara á influencia de aspectos estritamente biolóxicos, pero introduce a posibilidade de ter en conta a dimensión psicolóxica. Unha entrevistada apunta que lle “parecen máis importantes os síntomas psicolóxicos que... que derivan desa enfermidade que non os...os físicos”(TS.03, p. 5). Algo que sería compartido por outro entrevistado que cre que nos TCA habería que dar á súa “importancia ao ambiente, á xenética, eeh... pero mesmos, ás veces, tamén penso nas formas de ser”(TS.01, p. 5) para, a continuación, asignar un peso dun 10% ao papel que xoga a influencia xenética nos TCA.

Estes profesionais, e algúns estudantes nos grupos de discusión, comentan que prefiren o uso do termo trastorno fronte ao de enfermidade ou o de síndrome, xa que perciben aquel coma menos estigmatizante para a persoa a quen se lle adxudica. Unha traballadora social neste sentido di que soe “utilizar trastorno ca familia, porque é como menos.... impactante” (TS.02, p. 2). Ademais, varios traballadores sociais expoñen unha percepción do trastorno como algo menos grave que a enfermidade. Describen un certo proceso no que a persoa empeza por ter un trastorno, que “moitas veces co paso do tempo eee.... hhhmm... unha mala curación, porque non se deixan axudar, levan a unha enfermidade” (TS.03, p. 2), esta mesma profesional explica a evolución da que está a falar

O que eu penso non? Que... que as persoas que... pois padecen un trastorno de alimentación ao final leva a unha enfermidade porque se deixa de comer ou come moito... Unha, os que comen moito, pois hipertensión diabete, a obesidade... Entón, si que o considero unha enfermidade en si os efectos que produce ese trastorno no corpo da persoa ee... o trastorno en si. Home... si non está tratada a nivel, por exemplo, psiquiátrico ou psicolóxico, pois tamén eu creo que produce unha enfermidade (TS.03, p. 2).

Habería pois, un trastorno psicolóxico, que se non se trata “evidentemente, desemboca nunha...nunha enfermidade”(TS.05, p. 2).

Unha psicóloga explica claramente: “A psicoloxía neste país segue o modelo médico (...) o modelo médico é...Eu me penso aquí, que son o médico que estou ben e fenomenal, ti es o doente, que estás enfermo, pobre doente malito, e EU voute curar (...). O psicólogo cúrate porque ti estas enfermo”(P.02, pp. 23-24). Unha entrevistada explica o proceso que, segundo ela, remata causando un TCA, dicindo que estes trastornos “é froito de que o seu sistema nervioso está en inanición, entón pasa a estar defectuoso (...) en canto esa persoa recupera o seu eeeh...nivel nutricional, non pasa a pensar así”(P.05, p. 3).

Pero o imaxinario social que predomina na profesión dos psicólogos/as é o que asocia a enfermidade a procesos psicodinámicos. Unha das persoas entrevistadas explica a súa opinión dicindo

Eu creo que nun trastorno da alimentación a autoimaxe é unha escusa, pero non é o fondo. O fondo é outras...Quero dicir, para min as condutas que se recollen, que en conxunto son un trastorno da alimentación, son ferramentas para eh...(...) para calmar, aliviar unha ansiedade, unha serie de...eivas emocionais que son o profundo, a base de porque logo se...se fan esas condutas non? Pero...no profundo, no profundo dunha persoa cun trastorno da alimentación desde o meu punto de vista, non hai un problema coa autoimaxe (P.01, p. 3).

Esta mesma profesional identifica un pouco máis adiante os TCA como trastornos de carácter neurótico (P.01, p. 8). Así, habería profesionais que os identifican como trastornos relacionados co apego (P.02, p. 2.) ou trastornos que se producen en persoas que teñen trastornos de personalidade (P.05, p. 9). O certo é que o imaxinario biomédico, no caso dos/as psicólogos/as, semella influír máis decididamente noutro tipo de trastornos, e non tanto nos TCA. Unha entrevistada precisa que “a esquizofrenia, por exemplo, preséntase de diferente maneira [aos TCA] e ten un compoñente máis biolóxico. Entón, supoño que esta que é tan cultural...estou segura de que se presenta de diferente xeito” (P.03, p. 14).

É dicir, os/as profesionais entrevistados/as adoitan falar dos TCA como doenzas mentais que non son de carácter grave; un dos profesionais di que “O trastorno de alimentación eu o encaixaría comoooo...enfermidade mental leve (...) eu vería máis ben un síndrome...como un...conxunto de síntomas” (TS.01, p. 10); isto encaixaría ca clasificación que soe aparecer na literatura científica que reserva esta etiqueta para referirse a trastornos como a esquizofrenia, a bipolaridade, etc. Deste xeito o imaxinario biolóxico orientaría a percepción deste tipo de enfermidades mentais graves, mentres que a percepción dos TCA sería afectado menos directamente polo imaxinario biomédico. Este afectaría directamente aos psiquiatras, unha vez fan o MIR, no que os socializarían neste tipo de imaxinarios, xa que, “Un se comporta tal como o esperan os grupos de referencia relevantes, ou tal como un foi socializado”(Luhmann, 2006, p. 48).

Os psicólogos/as compartirían co resto dos profesionais a percepción dos TCA como entidades complexas que atopan a súa orixe en multiplicidade de causas, se ben estas están organizadas arredor da percepción psicodinámica dos TCA. Así, este tipo de trastornos explicaría a partir da súa comprensión como trastornos neuróticos (P.01), explicados por un apego no seguro (P.02), coa alteración da percepción da autoimaxe (P.05), ou procesos de obsesión e control (P.01). En calquera

caso, os TCA asumen a categoría de tabú, algo do que non se pode falar e que, polo tanto, obriga ás persoas que o sofren "como a vivir unha dobre vida case" (P.01, p. 3).

Unha psicóloga di que "nos trastornos mentais pode haber vinte mil causas" (P.03, p. 2), co que estaría de acordo outras das entrevistadas, que matiza que a causalidade sería "multifactorial" (P.05, p. 4). Se ben, ao longo do desenvolvemento das entrevistas pode detectarse que os/as profesionais non distinguen claramente a diferenza entre as posibles causas destas doenzas e os factores de risco e de protección. Cuantitativamente falando, a diferenza entre a cantidade de factores de risco e de protección xa é relevante. Pero esta diferenza adquire maior importancia se temos en conta que as persoas que inciden nos factores de protección son aquelas que pasaron persoalmente pola experiencia da doenza mental ou estiveron ao carón dunha persoa do seu entorno máis íntimo que a pasou.

Tamén contrasta a diferenza que se establece entre os factores citados polos/as psicólogos/as e os/as traballadores/as sociais. O primeiro que chama a atención é o feito de estes/as profesionais prestan maior atención aos factores de protección. Aínda así, o certo é que só unha psicóloga se refire indirectamente aos factores dos que vimos falando, o que se traduce en dous profesionais no caso do traballo social, aínda que, agora si, mencionados directamente.

En ambos casos destaca a presenza do control e certa influencia da sociedade. Pero os/as psicólogos/as semellan vincular esta ao contorno que queda máis preto da persoa, ou polo menos, na dimensión individual (ambiente familiar, caos, vínculos familiares, soidade, etc.).

Mentres que os traballadores/as sociais inciden na situación estrutural (estereotipos sociais, canons, soidade dos/as adolescentes, individualismo e falta de comunicación coa contorna, etc.). Este mesmo patrón parece manterse no caso dos factores de protección, que os/as profesionais da psicoloxía vencellan á educación que a persoa tivo na familia e á madurez individual da persoa (ver táboa 119).

Táboa 119: Factores e causas que inflúen nos TCA segundo os/as profesionais da psicoloxía

Causas	<p>"Queremos controlar o tempo ou predicilo ou atrapalo ou quedarnos pegados nunha etapa" P.01, p. 35.</p> <p>A obsesión pola autoimaxe do trastorno de alimentación, P.01, p. 3.</p> <p>"Crianza", "vínculos familiares", "perfección", "Autoesixencia", "Chegar a algo moi grande na vida", intentos de "control do corpo", "percepción de caos interno e de descontrol", todos en P.01, p. 4.</p> <p>"Volver a perder o control porque todo é en termos de control", P.01, p. 10.</p> <p>"Autopercepción errónea" e "Falta de quererse a un mesmo", P.02, p.1.</p> <p>"Ambiente familiar", "As experiencias que se viviran de pequeno e como a familia as afrontou", P. 03, p. 7. "As veces poden ter un pequeno compoñente xenético, pero eu creo que a...o ambiente familiar é fundamental", P.03, p. 8 + "Ideal da sociedade da delgadez", P.03, p. 9.</p> <p>"O tipo de vida que temos agora mesmo" "Os valores que se transmiten", "A información que reciben", P.04, p. 1+ Caos "Encontreime o típico perfil eeh...de chica que a súa vida é un caos en todos os sentidos e, de súpeto, ela ve que "Eu decido non comer, e o paso mal, pero eu decido hasta cando...como...", P.04, p. 26.</p> <p>Multiplicidade/Complexidade causas:</p> <p>"Nos trastornos mentais pode haber 20.000 causas", P.03, p. 2, e repite que os trastornos de alimentación teñen "moitas causas, é difícil", P.03, p. 6.</p> <p>A causalidade "é multifactorial", P.05, p. 4.</p>
Factores de risco	<p>"Crianza", "Vínculos familiares", "Perfección", "Autoesixencia", "Chegar a algo moi grande na vida", "Control do corpo" "Percepción de caos interno e descontrol", P.01, p. 4, "a personalidade", P.04, p. 6, "Autoestima incorrecta", P.02, p. 3 e "A necesidade de ser apreciado polos demais", P.02, p. 3 e "Ser moi dependente das opinións doutros", P.02, p. 3</p>
Factores de protección	<p>"O que mamamos na casa protéxenos", P.02, p. 16. "A presión social non é tan importante, si ti estás ben...amoblado, estás protexido", P.02, p. 18.</p>

Os factores que poden protexer ás persoas, como se pode ver na táboa 120, no caso dos/as traballadores/as sociais virían da man de factores individuais (seguridade, madurez, a vivencia da infancia, as capacidades, o carácter que se teña, a xenética, etc.), pero tamén de factores sociais: os

sucesos da infancia, as experiencias vividas, o ambiente no que un se desenvolve, o entorno social, as amizades, a familia e en xeral, o que nos rodea.

Por outra banda, o marcador estrutural da vivencia persoal da doenza pode ser o motivo de que estes/as profesionais mostren nas entrevistas unha visión menos bioloxicista e menos simple da enfermidade mental. Unha profesional comenta factores que inflúen na etiología da enfermidade mental mencionando “o entorno no que ti vivas, as esixencias, o... bueno, o carácter que ti teñas, incluso a xenética... É que como que hai un montón de factores e os factores sociais tamén, que poden ser protectores ou non”(TS.04, p. 5). Este patrón repetiríase no resto de entrevistas a profesionais que pasaran pola experiencia vital dunha enfermidade mental ou convivir con alguén moi cercano que a tivera. Este marcador estrutural parece ser decisivo no imaxinario social que orienta a percepción dos profesionais da saúde mental. E que se pode observar tamén nos estudantes. Nos grupos de discusión independentemente da disciplina á que pertencen, a parte do estudantado que pasou nalgún intre unha experiencia da enfermidade mental ou a pasou acompañando a un familiar próximo ou amigo/a íntimo/a, mostran unha gran sensibilización ante a posibilidade da etiquetaxe das persoas pedindo explicitamente o respecto debido que merecen as persoas con doenza mental.

Táboa 120: Factores e causas que inflúen nos TCA segundo os/as profesionais do Traballo social

Causas	<p>“Unha sociedade onde é máis importante o parecer que o ser”, TS.01, p. 5. Isto relega certos valores e fai primar o aspecto físico.</p> <p>“Estereotipos da sociedade actual, a situación da delgadeza, da roupa, da moda, de todo iso”, TS.03, p. 5.</p> <p>Multiplicidade/Complexidade causas:</p> <p>“Enfermidade pero multifactorial”, TS.02, p. 2.</p> <p>“A importancia do ambiente, da xenética eeh...pero mesmo, as veces, tamén penso en formas de ser”, TS.01, p. 4, para a continuación, asignar un 10% á influencia xenética nos TCA, TS.01, p. 5.</p>
Factores de risco	<p>Dieta:</p> <p>“Na época da adolescencia e tal, pois, é, bueno, ten unha constitución un pouco así, pois... eh, recheña e tal. Entón, pois eeh...aparece algún evento na súa vida, como pode ser ao mellor unha voda ou algo e entón, ah, pois mira, voume a poñer un pouco a dieta porqueee...quérEME, gústame tal modelo ou tal vestido. Eh... fai esa dieta e entón as súas amigas eeh... atópana moi guapa e todo o mundo a alaba “ai, que guapa estas”, tal. Entón iso, como si dixéramos a reforza a continuar iso. Iso le-le-le agradoulle moito, sentiuse moi contenta consigo mesma e entón xa empeza a levalo a-a-a... a extremos”, TS.01, p. 6.</p> <p>Outra profesional une a dieta á necesidade de control: “A ver, digamos que a dieta é a que te leva ao control e como agora...Claro, cóñecense tantas dietas... É como unha ferramenta fácil para o control” TS.04, p. 28.</p> <p>“Perfeccionismo”, TS.04, p. 33. “Falta de autoestima” y “Autoesixencia”, TS.02, p. 9.</p> <p>Soidade das adolescentes, Falta de comunicación co entorno, Falta de tempo dos pais, ou que os pais “nunca pensan que lles poida suceder [a seus fillos algo así] dentro da familia”, TS.05, p. 4.</p> <p>“Os modelos de casa. Tamén sería un factor de risco, tamén. Os modelos, os estereotipos de... que che veñen... de herdanza dos pais non?”, TS.2, p. 15.</p>
Factores de protección	<p>“A seguridade de que ti poidas sentir cara o mundo, cara ti mesma”, TS.04, p. 5.</p> <p>“Madurez”, “capacidade plena”, TS.05, p. 6.</p> <p>“A verdade é que para min é moi importante nunha etapa, a primeira etapa de la infancia. Para min é importantísima. Entón, creo que aí é como que xurde o xerme e os posibles factores de risco e de protección cara as enfermidades en xeral, unha enfermidade de este tipo, asociada á alimentación, para min eu creo que é moi importante eeh... esa etapa”, TS.04, p. 4.</p> <p>“Incluso habendo eses factores de risco pode ser que haxa outros de protección que eviten que chegues a esa situación, e que despois, o ambiente no que ti vaías a vivir outras experiencias que ti teñas, pódennche facer ou non padecer a enfermidade, ou padecela e que sexa dunha forma leve sen que chegue a ser algo... demasiadoo... grave pero dáme a sensa... O sea, é... Digamos que un xerme nace aí. Un xerme nace aí pero... E despois, que segundo vas medrando, o entorno en que ti vivas, as esixencias, o... bueno, o carácter que ti teñas, incluso a xenética ooo... É que como que hai un montón de factores e os factores sociais tamén, que poden ser protectores ou non. Entón tamén, o entorno social, as amizades, a familia, eh as... Bueno, todo, todo, todo o que nos... toda a vida que nos rodea”, TS.04, p. 5.</p>

Fronte os factores de risco, os/as profesionais do traballo social diferencian os síntomas que poden presentar as persoas afectadas dalgún TCA (ver táboa 122). Estes profesionais organizan os

síntomas arredor do corpo/imaxe, situacións de tipo individual, tanto de carácter psicolóxico, como físico (autoestima, tristeza, inseguridade, sufrimento, etc.) e situacións sociais (illamento social, limitacións sociais, etc.).

Táboa 121: Factores e causas que inflúen nos TCA segundo os/as profesionais da Psiquiatría

Causas	<p>“Eu creo que ten que ver coa vulnerabilidade psicolóxica das persoas que son fráxiles á hora de enfermarse”, M.01, p. 5.</p> <p>“Si, é un tema moi complexo porque, realmente é un cerebro -desde o meu punto de vista-, é un cerebro, que sin saber moi ben porque, empeza a darche a orde de que non comas. Ata hai, ata que saíu o DSM-V, a anorexia esixía que unha (...) tivera a percepción de estar gorda, ou sentirse gorda, verse gorda e por iso o cerebro desencadeaba a conduta de non como. Hai unha especie de trastorno da percepción corporal. Pero agora non, porque agora o DSM-V iso, abriuse e eliminouse ese concepto. De maneira que agora é calquera persoa que non coma osuciente para estar en condicións e garantir a súa saúde física (...). E claro, é moi difícil comer cando o me cerebro me di que non coma. É moi difícil comer cando o meu cerebro quítame a fame ou a sensación de fame”, M.05, pp. 1-2.</p> <p>Multiplicidade/Complexidade causas:</p> <p>“Seguramente haxa unha vulnerabilidade psicolóxica que tiveramos sempre, pero eu creo que os trastornos de alimentación como os que coñecemos agora...hai unha parte importante (...) que é a propia desnutrición xa..dalgunha maneira vai xa moldeando o cadro. Si, as persoas desnutridas son máis obsesivas”, M.01, p. 6.</p>
Factores de risco	<p>Dieta</p> <p>“No inicio dos trastornos de alimentación a dieta está case sempre presente, por non dicir sempre”, M.01, p. 7.</p> <p>“Perfeccionismo”, M.01, p. 5. “Baixa autoestima”, M.01, p. 5. “Observarse moito a si mesmo”, M.01, p. 5.</p>
Factores de protección	Non se sinala ningún.

En calquera caso, unha profesional advirte de que a ela preocúpalle “máis, dende o punto de vista do traballador social, os síntomas que afectan ao illamento, ao trastorno...do, do xeito que ten a persoa ver a súa imaxe...máis que o tema fisiolóxico”(TS.03, p. 5).

Táboa 122: Síntomas dos TCA mencionados polos/as profesionais do traballo social

Síntomas	<p>“Non estar conformes co seu corpo”, TS.01, p. 5, “Sufrimento da familia”, TS.01, p. 9 y TS.05, p. 14, Limitacións individuais e sociais, TS.01, p. 13.</p> <p>“Tristeza”, “encerrarse en si mesmo”, “non saír de casa, “buscar unha válvula de escape”, TS.02, p. 10. “Imaxe distorsionada do seu corpo”, TS.03, p. 2. “Una relación nociva cá alimentación”, TS.03, p. 1.</p> <p>“Illamento social”, “médicos”, “fisiolóxicos”, TS.03, p. 5.</p> <p>“Autoestima baixa”, TS.05, p. 12.</p> <p>“Sufrimento”, TS.04, p. 5, “Illamento”, TS.04, p. 39.</p> <p>“Vómito”, “ansiedade”, “rexentan a comida”, “se ven gordas”, “baixo peso”, “ansiedade”, TS.05, p. 3.</p> <p>“Perda de autoestima” “inseguridade”, TS.06.</p>
-----------------	--

Pola súa banda, os/as profesionais da psicoloxía mencionan os síntomas relativos á situación psicolóxica da persoa, como se pode ver na táboa 123.

Táboa 123: Síntomas dos TCA mencionados polos/as profesionais da psicoloxía

Síntomas	<p>“Atracón”, P.01, p. 2, “sufrimento” P.02, p. 5 y P.03, p. 4, “Deixan de comer”, P.04, p. 3, pero o ocultan; de aí o adelgazamento, e esa delgadez fai que lles digan “Estás estupenda, que guapa que te veo”, P.04, p. 3 + “Desaparece a regra”, P.04, p. 3.</p>
-----------------	---

No caso dos/as psiquiatras menciónanse algúns síntomas relativos ao diagnóstico dos TCA (ver táboa 124).

Táboa 124: Síntomas dos TCA mencionados polos/as profesionais da psiquiatría

Síntomas	“Non ter a regra”, “Minusvalorar o seu grao de delgadez”, M.01, p. 1.
-----------------	---

15.1. OS SIGNIFICADOS DOS TCA

Os significados que parecen artellar a percepción dos/as profesionais orgánizanse arredor das nocións de tempo e control. Recórdese que o control xa facía aparición nos grupos de discusión co alumando como elemento central da percepción dos TCA (ver capítulo 11); control que se interpretaba como algo que xurdía do perfeccionismo de determinadas persoas que as converte en máis vulnerables a padecer un TCA, xa que este rasgo de personalidade as conduce a intentar controlalo todo. Sendo esas sensacións de falta de control o que pode facer que faga aparición o trastorno.

En relación ao tempo segundo os/as profesionais este tipo de doenzas caracterizaríanse por unha tentativa por parte das persoas que a padecen, de deter o inexorable avance do tempo. Unha profesional que define os TCA como trastornos de carácter neurótico define a esencia desa neurose no feito de que “queremos controlar o tempo, ou predicilo, ou atrapalo ou quedamos pegados nunha etapa”(P.01, p. 35). Algo que apoia outra das persoas entrevistadas dicindo sobre os TCA: “Eu coido que é un pouco quedarse un pouco ancorado, como era... pois a adolescencia de antes, os 15-16 anos, o que me preocupa é estar guapa, estar delgada, non? E isto, pois se... se acabará así que vou xerando tempo”(P. 04, p. 25).

No tocante ao control, un profesional da psiquiatría cando estaba a falar do contido das páxinas pro-ana comenta

Si, porque ademais dante unha imaxe do adolescente tan romántica tan deee eh...ben, é o que hai que conseguir, e sobre todo, pois algunhas doentes claro, de súpeto teño poder e control sobre algo. É dicir, cando as cousas se me van das mans: non me vai ben nos estudos, non me vai ben na casa, de repente eu descubro que podo controlar o que como e o que non como. Entón, iso, quédanse aí enganchados (M.05, p. 6).

Este mesmo profesional continua dicindo que que só tivo unha paciente cun TCA que curase. Esta rapaza comentaba que o que provocou á súa caída no abismo dunha anorexia moi grave foi o feito de que nun momento dado sofre un desengano amoroso. Ata ese intre concreto, ao parecer, conseguira todo o que se propuxera na vida: facer a tese de doutoramento, conseguir que lla dirixira un profesor xaponés, tamén lle concederon unha bolsa para ir a Xapón. Pero, de socato, cando se produce o abandono a situación muda cento oitenta graos. O profesional fala por boca da paciente para, a continuación comentalo dicindo “aquilo foi terrible, porque estiven mal e ti, de repente, o único que a min me daba certo poder era o control da comida, e claro, o que pasa despois [é que] se quedou ahí enganchada, ela quere saír e non é capaz”(M.05, p. 6).

Este psiquiatra abunda no papel do control nos TCA matizando que a situación que xenera nos individuos este intento de control posteriormente influirá nas relacións que a persoa mantén cos demais, en concreto coa familia

se se entende como un control, teño control sobre algo, pois ben, claro tamén é un...a adolescencia é un período de xogos, aí deeee, eh controlo, me controlan. E, ás veces, acábase transformando nun acto de rebeldía, porque si me controlas tanto teño que ter certo poder e, ás veces, o atopo nunha vía tan terrible como esa. E, encima, se aí a dinámica familiar é punitiva, que soen selo, pois entón é unha confrontación (...), canto máis me castigas máis me rebelo eu. Máis?, máis, máis, máis, e claro, é unha espiral que, de repente, a xente non pode romper (...). E, ás veces, a interacción sostén moitas veces a patoloxía. Non é que a desencadene, pero a sostén (M.05, pp. 6-7).

A noción de control xoga un papel esencial respecto aos TCA porque os doentes “volen perder o control, porque todo é en termos de control”(P.01, p. 10). Ese intento de control tería á súa orixe nunha das causas asignadas aos TCA, é dicir, á “percepción de caos interno e de descontrol” (P.01, p. 4) que sufrirían os/as doentes. Deste xeito o control asume un rol en relación ao tempo,

como elemento casual do propio trastorno, e como concepto que, paralelamente, ten o seu rol nos tratamentos levados a cabo cos/as doentes. O control do peso como ferramenta para os tratamentos, segundo algún dos/as entrevistados/as fai que se alimente a parte de control das persoas que están diagnosticadas dalgún TCA (P.01, p. 7). O tratamento podería ser visto como o intento de “medir esa serie de condutas [e iso pode] infantilizar ao/a doente”(P.01, pp. 8-9), definindo esa infantilización como un proceso no que se conduce á persoa a unha etapa de dependencia e carencia como é a infancia, que se caracterizaría como un tempo no que “non escolles os tempos de nada, está todo pautado”(P.01, p. 9). Esa necesidade de control tamén sería vinculada polos/as doentes a través do uso das dietas “A ver, digamos que a dieta é a que te leva ao control e como agora... claro, se coñecen tantas dietas... é como unha ferramenta doada para o control”(TS.04, p. 28).

Por outra banda, ese control xogaríase tamén un papel determinante na consideración dos TCA como unha adicción. No reconto de frecuencias de todas as disciplinas, a categoría da adicción aparece vencellada aos TCA. Unha traballadora social o di explicitamente “[Os TCA] son como a persoa que ten unha adicción”(TS.03, p. 5). Esta "adicción" ocuparía unha posición intermedia entre a necesidade de control dos doentes e a obsesión que senten por manter ou baixar de peso; é así que “a persoa tense que autocontrolar (...) para non caer outra vez een... a obse...o sea, hmmm... nunha obsesión outra vez polo peso”(TS.03, p. 5). Outra profesional pon en relación os significados dos que vimos falando, ao dicir que na nosa sociedade actual “Todo o mundo vólvese un controlador de que é, como se alimenta, que cantas proteínas, cantos carbohidratos, tal... pesar, non pode facer a compra, non pode cocinar... Todo iso arredor da comida, que ademais é a súa obsesión, polo tanto é incrementar a obsesión”(P.02, p. 8). De feito, un psiquiatra proclama que as adiccións serían a patoloxía da contemporaneidade: “Todo pode ser adicción, non? Hai nenos adictos á Nintendo, e adictos ao traballo, adictos ao móbil, eeh adictos ás vacacións (...) ou sexa, é o mal do noso tempo”(M.02, p. 18). Recórdase á persoa lectora que de novo, como no caso do control, reaparece un significado asignado aos TCA polos profesionais que xa aparecía nos discursos do alumnado. Nesta ocasión é a percepción dos TCA como unha obsesión, que o estudantado interpretaba como obsesión pola imaxe (ver capítulo 11).

A propia comparación dos TCA coa adicción inflúe na percepción das posibilidades de curación das persoas que pasan por este tipo de situacións. Unha profesional cando se lle pregunta si considera que os TCA poden curarse explica o seguinte:

ao mellor se me preguntases hai un tempo pensaríase que non. Que é como... a persoa que ten unha adicción... que é sempre ex... pero si que é verdade que, non sei si é por... xusto polos casos que vin e mesmo, xa a nivel persoal, de persoas que... que coñezo que desenvol... que tiveron esa enfermidade en moitos anos, que si que vin unha curación, pero eles mesmo... hmmm falando me dicían que si que é verdade que... que cando lles trataban a enfermidade eh... había unhas pautas que lles daban como de por vida. Que non se podían pesar, que non podían tomar alimentos, por exemplo, *light*, que non... Pero bueno, teño persoas coñecidas que si que (desenvolveron) que seguen pesándose, que toman... E ao mellor, si que teñen aí latente o tema de... creo que... A ver, creo que aínda que... que si que poida ter unha curación, creo que sempre hai aí unnn... que a persoa se ten que autocontrolar (...) para non caer outra vez n... aa obse... ou sexa, hmmm... nunha obsesión outra vez polo peso, por alimentos *light*, por tal. Pero si que é verdade que... que nalgún caso que vin aquí, por iso penso que... nesa curación, non sei se será a moi longo prazo ou non... pero bueno,eu creo que si. Que mesmo... se converteron en persoas con... mesmo algo de sobrepeso. Entón, digo como alguén que puido estar pesando por exemplo, 30 quilos eeh... fai un tratamento, ingresa, terapia, eeh.... asistencia psicolóxica... todo, e de súpeto, pasan uns anos e ves unha persoa máis ben... recheiña, sen problema. Entón, si que teño eses casos, por iso penso que hai.... que pode ser a curación (TS.03, pp. 5-6).

Neste *verbatim* pódese observar a ambigüidade na que está sumida a profesional ante o feito de asumir unha curación completa, por así dicir, dos TCA. Esta ambivalencia vese disolta pola

experiencia laboral da persoa, á que se ven a sumar á súa propia experiencia persoal mediada a través das distintas persoas que coñeceu, e cas que conviviu ao longo da súa vida; xa que esta profesional explica na entrevista que estando na universidade conviviu cunha compañeira que tiña anorexia e outra que tiña bulimia.

En relación ao que se comenta respecto á percepción dos TCA como adiccións nun momento determinado da investigación decidiuse incluír na mostra un profesional que se adicase ao tratamento das adiccións para comprobar se este feito introducía algún tipo de diferenza no seu discurso. O profesional elixido foi un psicólogo con vinte anos de experiencia no tratamento do abuso de sustancia que desenvolveu o seu labor tanto en ámbitos públicos coma privados. Esta persoa en este sentido comenta que

Eu diríate que todo eehm todo trastorno aditivo si pode ter un trastorno de alimentación, pero non todo trastorno de alimentación conleva unha adicción dalgún tipo (...). Todo o que ten unha adicción, sobre todo ás substancias, eeh ten algún problema de alimentación. Porque (...) pásanos a todos que si estamos nerviosos, a nosa alimentación varía, comemos menos, hai xente que come máis, entón unha persoa que iso se acentúa, pois porque hai unha substancia ou hai unha tensión, pois, por xogar, por... polo que sexa. A alimentación vaise ver prexudicada, non? Vaise ver afectada (...). Pero non creo que todo o que teña un trastorno de alimentación teña eehh paralelismo con algunha adicción (P.06, p. 2).

Unha vez máis os/as profesionais apelan á súa experiencia laboral como criterio de validación da realidade, o que, en definitiva remata por afectar á percepción. No caso dos profesionais á súa percepción está máis afectada polos imaxinarios e a experiencia que polos resultados que aportan as investigacións ou polos coñecementos obtidos ao longo da súa formación.

15.2. O IMAXINARIO BIOMÉDICO E A MEDICALIZACIÓN

A mencionada medicalización foi definida como “Un proceso polo cal problemas de tipo médico comezan a ser definidos e tratados como problemas médicos, xeralmente en termos de enfermidade e trastorno”(Conrad, 2007, p. 4). A medicalización caracterizaríase por unha serie de rasgos que se puideron detectar nesta investigación (Conrad, 2013; Fukuyama, 2002).

En primeiro lugar, o perigo de patoloxizalo todo. Condutas, problemas e situacións que antes non pertencían ao campo médico agora si o son. Unha psiquiatra comenta:

Non sempre todo o que se ve en saúde mental é patolóxico, eu traballo nun ambulatorio e ves moitísimo trastorno mental común, moitísima psiquiatrización do malestar diario. Hai moitísima xente que acude ao médico de cabeceira porque rompeu ca súa parella, e, quero dicir, non é por infravalorar o sufrimento nestas circunstancias, pero o médico de cabeceira o está mandando aos 10 días á consulta de enfermidade mental sen darlle unha marxe e un tempo (...) psiquiatrízase case todo, non? desde as dores corporais, hoxe en día... isto... a problemática laboral, a todo lle poñen a etiqueta de acoso (M.03, pp. 3-4).

Como di algún entrevistado, todos somos susceptibles de atención terapéutica xa que o *coaching* rompeu a norma de só se intervén con persoas con problemas de saúde mental. Agora as persoas sen enfermades mentais poden acudir para mellorar ou potenciar as súas capacidades ou facultades. O risco, que sempre está presente, fai que vivamos inmersos na posibilidade da enfermidade, o que por ela mesma abre a porta á intervención médica vía a prevención ou a creación dun receitario de normas para manter unha vida san que se transmite constantemente polos medios de comunicación. Como di Luhmann: “A sociedade moderna vive seu futuro na forma do risco das decisións”(Luhmann, 1998b, p.162). Sería bo recordar que, como nos advirte o sociólogo alemán “Non existe ningunha conduta libre de risco”(Luhmann, 2006, p.74). A partir desta caracterización do risco, a prevención asume a forma do instrumento para prepararse contra danos

que, en ocasión, nunca farán aparición (Luhmann, 2006). Estamos na posibilidade da posibilidade, de aí a expansión das lindes das chamadas *ciencias Psy*, que pasan daquela a impregnalo e regulamentalo todo.

Neste sentido: “A Psiquiatría foi transformada dende unha disciplina concernida pola saúde mental a unha concernida pola normalidade”(Horwitz, 2003, pp. 50-51). Historicamente esta mutación levaríase a cabo debido á inclusión dentro do territorio da enfermidade mental, xa non solo da neuroses senón tamén da conducta desviada (Horwitz, 2003). Como apunta o autor do que vimos falando: “A Psiquiatría dinámica transformou a xurisdición dos profesionais da saúde mental dende a xente con serias doenzas mentais a aquela con problemas na súa vida cotiá”(Horwitz, 2003, p. 53), levando esta tendencia ao punto no que o obxecto da psiquiatría pasa a ser a conduta humana. Unha conducta que é cualificada, clasificada e valorada por esa disciplina.

Os/as profesionais son conscientes dos riscos implícitos na patoloxización da vida cotiá cando din que “Eu, eu, eu estou de acordo en que todos temos algo de enfermidade mental. Que non se sabe a liña, ou sexa, así como tampouco temos saúde ao 100% [pero isto prodúcese porque] no DSM-V coido, todo o mundo é enfermo mental”(TS.01, p. 28).

Os riscos son definidos a partir da capacidade que a profesión médica asume á hora de elaborar e deseñar os diagnósticos. Un profesional despois de mencionar o feito de que a OMS define as enfermidades mentais advirte “O que pasa é que eticamente sería moi cuestionable... desde onde cadaquén teñamos o noso equilibrio entre o que entendemos normal e un comportamento non normal (...) seguramente cada persoa o ten nun punto”(TS.06, p. 2).

En segundo lugar, a definición da "normalidade" pasa a ser unha prerrogativa da profesión médica. Esta normalidade defínese medicamente, a través dos manuais diagnósticos. Neste senso pasouse dos 106 diagnósticos que contiña o DSM-I, coas súas 130 páxinas, a os 494 do DSM-V e as súas 947 páxinas (Mayes e Horwitz, 2005; APA, 2014). Como se di no propio DSM-V “O DSM é unha clasificación médica de trastornos”(APA, 2014, p. 10).

A primeira e a segunda característica do proceso de medicalización permiten a xeneralización da posibilidade do control social médico. É así que no eido da saúde mental é un dos poucos nos que se pode ingresar ao doente con contra da súa vontade (Ortiz Lobo, 2017). Como di Horwitz (1982), o control social foi dende os inicios da socioloxía un dos temas de estudo desta disciplina, en concreto, o seu uso como ferramenta para corrixir o comportamento desviado. E como se explicou anteriormente, o control tamén xoga un papel determinable na percepción que os/as profesionais teñen dos TCA e da súa posibilidade de tratamento, como se explicará a continuación.

Por outra banda, a medicalización baséase na individualización dos problemas sociais. Situacións como o sobrepeso, a obesidade, a melancolía, as rabietas, etc. (Frances, 2014) estanse interpretando como problemas individuais debido a características dos individuos: vulnerabilidade psicolóxica, baixa autoestima, perfeccionismo, debilidade de carácter, etc. Un psiquiatra entrevistado di “Os rapaces (...) con trastornos da alimentación, o ser gais xa é un risco para sufrir un trastorno da conducta alimentaria”(M.01, p. 9).

Por último, o proceso incide na mercantilización da medicina. Como se ve polos *verbatim* referidos ao rol profesional dos psiquiatras, a medicación ocupa un lugar predominante nos tratamentos da enfermidade mental. De feito, o consumo dos psicofármacos non deixa de medrar, ao igual que a correspondente influencia das empresas farmacéuticas (Frances, 2014; Gotszche, 2016; Whitaker, 2015).

Recapitulando, ao longo deste capítulo explicouse como cada unha das profesións estudadas amosa a súa percepción dos TCA orientada por un imaxinario social distinto. Os/as profesionais da psiquiatría explicitaron que durante a realización do MIR son socializados nunha comprensión bioloxicista da doenza mental, interpretando isto como un intento de homoxeneización co resto da profesión médica. Os/as profesionais do traballo social amosan unha percepción dos TCA orientada polo imaxinario sociolóxico. E, por último, os psicólogos/as perciben os TCA dende o imaxinario psicolóxico.

Os significados a partir dos que se perciben e interpretan os TCA son os de control, tempo, obsesión e adicción. Todos eles cando se introducen no tipo de sociedades posmodernas e sometidas á influencia das novas tecnoloxías aumentan o risco, de por si inevitable, proceso favorecido pola medicalización dos problemas da vida cotiá que son resignificados como patoloxías ou enfermidades. Precisamente é esa influencia das novas tecnoloxías, e as novedosas posibilidades que conlevan, o que fai necesario pescudar se os medios de comunicación xogan algún papel na percepción que os/as profesionais teñen dos TCA. Este é o labor que xustifica o capítulo que se presenta deseguido.



CAPÍTULO 16

REALIDADE, IMAXE E MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Cando todos os días están dicindo algo, bombardeante algunha imaxe dunha muller perfecta, un home perfecto, e tal, pois chega un momento no que (...) nos desdibuxan por completo, o que é a realidade

TS.05, p.8

Este capítulo contén os resultados das entrevistas levadas a cabo cos/as profesionais das disciplinas de referencia no que se refire á súa percepción dos medios de comunicación. Así, os profesionais de todas as disciplinas coinciden no papel que lle asignan aos medios de comunicación en relación aos TCA. O rol xogado polos medios de comunicación sería presentar unha imaxe do home e da muller, especialmente da muller, imposible. Se isto o xuntamos a trazos de personalidade como o perfeccionismo, e a forza de vontade esixida para controlarse o suficiente para alcanzar esa imaxe socialmente requerida, podemos ter os elementos que artellan o caldo de cultivo dos TCA nas nosas sociedades hiperconectadas e saturadas de información.

16.1. A IMAXE E A REALIDADE

A devandita imaxe axustaríase a un canon de beleza dominante e sexista. Un dos termos máis repetido polos profesionais para referirse a este tipo de accións de transmisión da imaxe desenvolvidas polos medios é o de “bombardeo”. Pero, con que nos bombardean os medios?

O bombardeo inclúe o canon de beleza predominante a través das imaxes de homes e mulleres perfectos, pero máis que perfectos, imposibles; situados máis alá do tempo e o espazo, é dicir, utópicos. Unha profesional explica sobre isto

Eu creo que o problema moitas veces cás mulleres é que o patrón de beleza se nos foi das mans e xa non é nin alcanzable. Porque se o patrón realmente o situamos na serie de características que non se axustarían (...). Temos un patrón que realmente beneficia ou non? Unha cousa é a obesidade mórbida, outra cousa é que ti si pesas 36 quilos e tes unha altura x, iso realmente ten un índice de masa corporal que veríamos cantas entran en... realmente nun perfil dun trastorno de alimentación. Entón, eu creo que a cousa nese sentido vai por aí. Si, sobre todo eu creo que esa esixencia. Xa non soamente n...na delgadez, senón en que a muller ten que estar perfecta sempre. Depilada, tinguida, pintada e que a xente que non cumpre eses... Ademais mesmo se fai un pouco de *bullying*, non diría *bullying* como un acoso como o que se fai... pero si que é verdade que non te comportas un pouco como as demais ás veces hai un pouco de presión “e non te maquillas?”, “e non te tal...?”, “e mira que hai que estar maquillada, é que unha muller ten que estar perfecta sempre”. Ou sexa, iso aínda segue en rapazas de 16... aínda seguimos sendo unha sociedade machista. Totalmente. Entón... E eu

creo que é máis ese perfeccionismo porque ao final a anoréxica é perfeccionista, ao final se lle da por estar delgada pero eu creo que... fuu... Neste mundo como non sexas moi agraciado fisicamente...vamos...miña nai. Machúcante (P.03, pp. 18-19).

A imaxe pois ven ligada á perfección. Unha entrevistadas dio moi ben: "Digo eu, musculitos ou corpoooo... quero ser perfecto, perfecto, quero ser perfecto ou perfecta. Entón, a este corpo o teño que moldear eu para ser a máis ou o máis"(TS.02, p. 13). É dicir, o corpo como elemento que é moldeable. Xa non é esa estrutura biolóxica bruta que non se podía modificar ao longo da vida (ver capítulo 18).

Os significados que constrúen a percepción da imaxe vencéllanse ao campo semántico da irrealidade. Pódese facer unha breve enumeración dos devanditos significados: imaxe perfecta, patrón ideal, ideal, irreal, inalcanzable, canon non axustado, canon irreal, etc.

Pero, como avanzaba esta profesional, a subxección ao canon de beleza establecido convértese nunha promesa de éxito implícita. Se unha persoa está o suficientemente delgada, segundo os/as profesionais terá máis doado o acceso ao mercado de traballo, xa que "Por máis que nos queiran vender que neste mundo se contrata á xente polas capacidades...Hai unha imaxe inicial que pauta todo tipo de entrevista laboral e a xente que non entra a nivel de imaxe, non entra" (TS.0.6, p. 21). Noutras palabras "O que transmite a televisión agora é.... pois non fai falta esa capacidade de esforzo, non? De sacrificio persoal (...) semella que iso é o que vende hoxe en día (P.05, p. 12). Esta imaxe, por outra banda, estaría baleira de contido, sería un aspecto físico determinado, e que nos aproxima á posibilidade de axuizar aos demais só a través das súas características físicas. Unha profesional explica moi ben isto a través dunha conversa que tivo coa súa filla

Hai...non sei, tres anos ou así. Recordo unha vez, a miña filla era unha rapaza, pois tería dezaseis ou dezasete. Estaba cunha amiga en casa e estaban vendo un programa na tele que era este de Telecinco, o de *Mulleres e homes e viceversa*. Eu é que estaba alucinada. Ou sexa, a parte de que non o vira nunca e collín así a onda... E digo: voume quedar aquí a ver de que vai isto. E eu dicía "Pero, que vedes aquí?", "Ah, porque mira que guapo, porque fíxate...". E á parte, as oía falar, non? "Mira que pelo ten non si que...Jobar, a que está superdelgada? Pero ten moito peito para o delgadina que está... estará operada?" Ou sexa, esta era a conversación que tiñan, eu estaba...alucinada da vida (...). Eu lles preguntaba, "e, a que se dedican?", "Non, esta non traballa", "Ah, e esa rapaza?" "non, tampouco". Digo "Entón, que fai todo o día? Peitease e el vai ao ximnasio, ese é o estilo de vida...". "Jobar mamá! Como es" Digo, "Non. Ti pensa un pouco. Ti quererías a unha persoa que estivera todo o día peiteándose e véndose no espello?". É que non se ve nada máis aí. É simplemente físico, sen máis. Aparte, ou sexa, chamábame a atención que era como: viña unha pretendente "non me gusta!" Ou sexa, como... Non das o perfil, como si fora...como se estás elixindo un filete na carnicería (P.04, pp. 38-39).

É rechamante o feito de que precisamente este programa de televisión sexa citando nalgún grupo de discusión ou entrevista feita antes da realización desta investigación (Labora, 2016). O devandito programa adoita ser mencionado como exemplo prototípico de escarapate da imaxe que se intenta impoñer na sociedade moderna. Os/as participantes nas investigacións soen criticar a imaxe da muller que se mostra, tanto no sentido corporal como o prototipo de relación que amosa na interacción entre os homes e as mulleres.

O motivo para manter este canon de beleza, prexudicial para a poboación, serían os intereses comerciais das empresas que se expresan a través da publicidade e a mercadotecnia. Unha profesional refire que "Está claro que todo este culto [á imaxe] supón un beneficio económico para alguén. Por que sucede isto?, por que este castigo?, por que este...? Porque hai un consumo. Entón, supoño que irá perpetuando porque hai un consu...consumir, unha serie de produtos para alcanzar esa cousa ideal"(P.01, p. 38).

Pero esta situación non afectaría do mesmo xeito aos homes que as mulleres. Fronte a situación que sen ven de explicar ata agora atopamos a situación do "Home [que] pode ir vestido de calquera

xeito...O home pode ter canas e non pasa nada, a muller rapidamente tense que tinxir. Que eu creo que debe ser opción de cada un. A tintura está aí pa 'todos, se un home se quere tinxir, estupendo, se unha muller se quere tinxir...É como a depilación (...). Pero eeeh...hai un patrón de beleza ata certo punto inalcanzable”(P.03, p. 18). Neste sentido unha entrevistada afirma que “A presión social sobre a muller é moito máis alta. Sinto que os homes están moito máis relaxados na súa autopercepción”(P.02, p. 5).

En calquera caso, a través das entrevistas detéctase un descontento dos/as profesionais coa súa imaxe. É o que, como se explicou no marco teórico, denomínase o descontento normativo (Rodin, Silberstein e Striegel-Moore, 1984). Xa que de non establecer estas marcas distintivas na insatisfacción co noso propio corpo os índices de prevalencia dos TCA serían aínda máis altos do que xa son. Unha das traballadoras sociais explica que “Ao final o nivel de satisfacción e de...cho pos tan alto que sempre ves o malo, regular...e entón, así que...aínda persoas que non teñen ningún trastorno, pero...hhmmm....por iso, polos canons de beleza que están establecidos...dende hai anos, pois si que...ao final estamos medio desconformes nun tanto por cento elevado”(TS.03, p. 11). Neste sentido é moi reveladora a experiencia que conta unha das profesionais do traballo social en relación á súa experiencia subxectiva de insatisfacción coa súa imaxe. Esta persoa comeza dicindo que ao ter problemas para atopar o seu talle fíxolle

Sentir unha rabia horrible (...). Un sentimento de estar en contra do mundo, non? Ben, eu teño que estar delgada a narices (...). Subín dez quilos e non son capaz de baixalos. Non teño vontade de facer dieta, porque ben, senón teño que eliminar a miña vida social e gústame (...) todos os días pola mañá digo “Hoxe me poño a dieta, mañá me poño a dieta” e así transcorre a miña vida e estoume corroendo totalmente porque ademais, para min, iso é unha lousa que levo por riba, eh? Porque xa non me vexo no espello, é que non me podo soportar (TS.05, p. 1).

É dicir, pódense producir alteracións na conduta alimentaria que non terían que etiquetarse ca categoría de trastorno (P.06, p. 6).

Asemade, os traballadores/as sociais semellan ter en conta o estigma e o papel dos medios, en maior medida que o resto dos profesionais. Unha traballadora social comenta en relación ao papel dos *mass media* dicindo “Eu creo que a información que se da desde os medios de comunicación sempre é como o drama...da enferma, en como acabou, en tal...non sei (...) Trátase máis desde o punto de vista da enfermidade” (TS.03, p. 17).

16.2. A IMAXE DOS TCA NA PUBLICIDADE DOS CENTROS DE TRATAMENTO

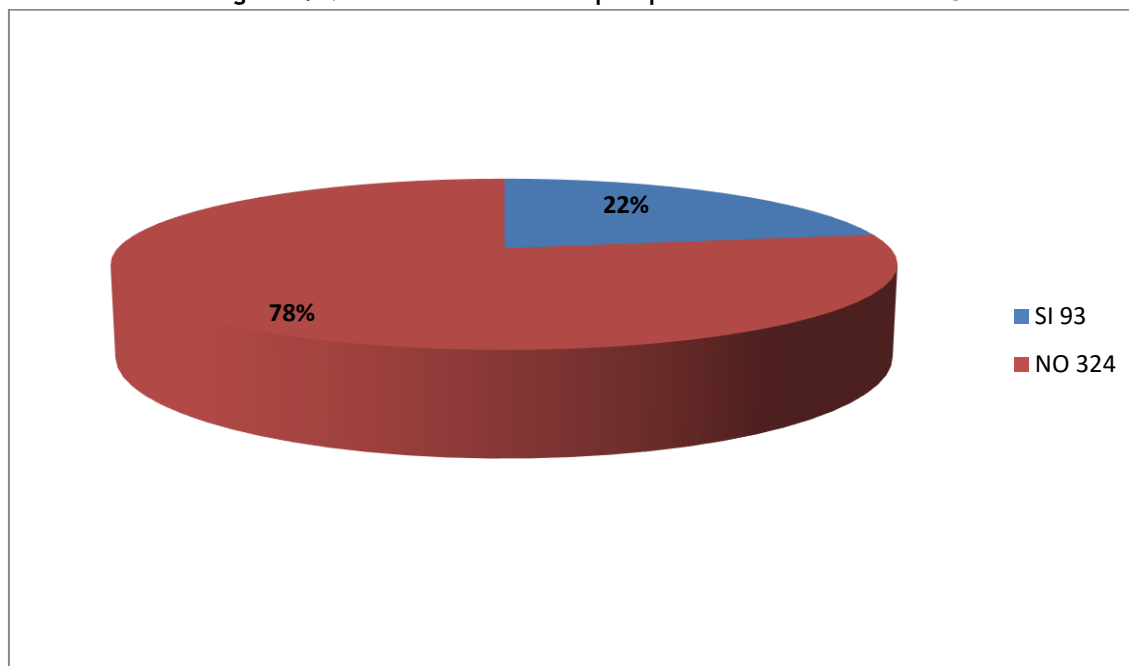
Cabe preguntarse que imaxe proxectan os/as profesionais sobre os TCA á sociedade a través da publicidade que fan das súas consultas ou clínicas nos medios de comunicación. Para dar resposta a este interrogante levouse a cabo unha revisión de todas as páxinas webs dos centros de atención psiquiátrica e psicolóxica de Galicia. Tamén se revisou a publicidade que se puido localizar nas *Páxinas galegas* e nas *Páxinas amarelas*. O devandito estudo arroxou os resultados que se expoñen a continuación.

Táboa 125: Frecuencia dos termos, e expresións, usados para referirse aos TCA

APARICIÓN	FRECUENCIA	TANTOS POR CENTO
SI, en papel	36	8,6%
SI, na web	57	13,7%
NON	324	77,7%
TOTAL	417	100,0%

Como se pode ver na táboa 125 dos 417 centros revisados só aparecen mencionados os TCA no 22% deles. O 8,6% das referencias atópanse na publicidade escrita, mentres que case o catorce por cento das referencias fanse nas páxinas web dos centros. Destacar, en todo caso, que as referencias adoitan ser de carácter máis breve na escrita, o que se pode imputar a razóns de tipo económico debido ao posible encarecemento do prezo dos anuncios en función do número de palabras usadas nos mesmos.

Figura 3: Número de centros nos que aparecen mencionados os TCA



Por outra banda, como se pode ver na figura 3, na maioría dos centros non aparecen mencionados os TCA. Isto non deixa de ser relevante se pensamos na prevalencia destes trastornos na actualidade, e o aumento que está experimentando esta nos últimos tempos.

Agora ben, nos centros nos que se citan os TCA, que tipo de presenza, cuantitativamente falando, teñen estes? Os TCA aparecen citados na maioría dos centros cunha frecuencia moi baixa como se pode ver na táboa 126. Na metade deles os trastornos obxecto de estudo só son citados nunha única ocasión. En nove centros aparecen citados dúas veces; e en 13 centros, cítanse tres veces. Practicamente nun 13% dos centros os TCA serían citados cunha frecuencia de 5 ou máis aparicións. Así, ademais de non ser demasiado citados, os TCA aínda nos casos en que se nomean alcanzan unhas frecuencias moi baixas, practicamente non representativas.

Táboa 126: Número de mencións nos centros nos que son citados os TCA

Nº DE MENCIÓNS	Nº DE CENTROS	TANTOS POR CENTO
1	48	51,6%
2	9	9,8%
3	13	14,0%
4	11	11,8%
5	6	6,5%
6 ou máis	6	6,3%
TOTAL	93	100%

Considérase relevante a distribución das mencións en función da tipoloxía do centro investigado. Así, no caso dos centros de psicoloxía (ver táboa 127) os TCA son citados nalgo máis do 25% dos centros, sobre todo nas súas páxinas web. Aínda que, como se pode observar seguen sendo un número relativamente menor en comparación co total.

Por outra banda, no caso dos centros de atención psicolóxica, en ocasións, pódese atopar citado o modelo de intervención que utiliza o centro, ou o/a profesional concreta da que se está a falar. Mesmo nalgún caso defínese ou explícase en que consistiría ese modelo e o que isto pode significar na práctica terapéutica cos/as doentes.

Táboa 127: Número de centros de psicoloxía nos que son citados os TCA

APARICIÓN	FRECUENCIA	TANTOS POR CENTO
SI, en papel	36	10,4%
SI, na web	53	15,3%
NON	258	74,3%
TOTAL	347	100,0%

Pola contra, os TCA non aparecen citados en ningunha da publicidade feita polos centros de atención psiquiátrica (ver táboa 128); e só aparecerían mencionados en catro das páxinas webs pertencentes a este tipo de centros, é dicir, só pouco máis do 5% dos centros que ofrecen atención psiquiátrica mencionan os TCA nas súas webs; e non se atopa publicidade, en relación á oferta deste tipo de servizos na escrita, destinada ás persoas que teñan este tipo de trastornos. Neste tipo de centro, a diferenza do que se comentaba dos servizos de psicoloxía, tampouco se cito o modelo usado polo centro/profesional.

Táboa 128: Número de centros de psiquiatría nos que son citados os TCA

APARICIÓN	FRECUENCIA	TANTOS POR CENTO
SI, en papel	0	0.0%
SI, na web	4	5,7%
NON	66	94,3%
TOTAL	70	100,0%

Pero podémonos preguntar como se traduce cualitativamente esa presenza, é dicir, que tipo de termos ou expresións se utilizan para referirse ou denominar a este tipo de trastornos. Neste caso descóbrese que, como se pode observar na táboa 129 do total de 216 mencións dos TCA, máis do 66% das mencións son acaparadas polos termos: trastornos de alimentación, anorexia e bulimia. Pouco máis do 12% das mencións poderíanse encadrar nunha categoría de carácter inespecífico, que semella abrir a porta a traballar con calquera situación relacionada coa alimentación. Isto poderíase considerar unha das consecuencias de medicalización, que neste caso, permite incluír dentro da patoloxía alimentaria, ou a lo menos nos problemas que precisan de axuda profesional as situacións/problemas/necesidades relacionadas coa alimentación. A devandita categoría incluíría as denominacións de: problemas alimenticios (ou de alimentación), alimentación, desordes alimenticios, desaxustes coa comida, comer emocional, control de alimentación e conduta alimentaria (neste caso sen a mención do trastorno). Polo contexto no que se presentan este tipo de alusións, e, ás veces de tipo explícito, atópanse referencias ofrecendo tratamentos nestes centros a nenos/as que simplemente presentan certas dificultades ou reticencias a comer, ou a inxerir determinados alimentos concretos; como adoita pasar cos rapaces/as aos que non lles soe gustar comer verduras e/ou froitas.

A continuación atopamos a obesidade que case no 8% dos centros mencionase como TCA (ver táboa 129). Isto chama poderosamente a atención xa que a obesidade sería unha enfermidade, pero non un trastorno mental. No propio DSM-V dise que

a obesidade non se inclúe no DSM-5 como un trastorno mental. A obesidade (o exceso de graxa corporal) é o resultado do exceso de consumo de enerxía en relación coa anerxía gastada a longo prazo. Existe un abano de factores xenéticos, fisiolóxicos, condutuais e amientais que poden variar entre os individuos e que contribúen ao desenvolvemento da obesidade; polo tanto, a obesidade non se considera un trastorno mental (APA, 2014, p. 329).

Pero a consideración da obesidade como un trastorno mental non só aparece na publicidade senón que se repite tamén nalgúnhas das entrevistas que se realizaron (en concreto en TS.03 e P.03). Aparecendo a obesidade, asemade, unida ao estigma como se pode ver cando unha das persoas entrevistadas comenta “Eu traballo nunha clínica médica e a miña compañeira médico dime un día “A verdade é que o peor do mundo é ser gordo” e eu lle contesto “Pero como podes dicir iso, cando ti ves enfermos de cancro (...) e iso que a miña compañeira é unha rapaza nova, trinta e pico anos (...). É tremendo. E ademais unha profesional que ten unha certa cultura”(P.03, pp. 11-12).

Táboa 129: Termos e expresións usados para referirse aos TCA

TERMOS	NÚMERO DE MENCIÓNS
Trastornos de alimentación	55
Anorexia	45
Bulimia	44
Obesidade	17
Problemas alimenticios (de alimentación)	14
Trastorno por atracón	13
Alimentación	5
Sobrepeso	4
Ortorexia	4
Conducta alimentaria	3
Comedores impulsivos	2
Trastornos da imaxe corporal	1
Trastornos da inxestión	1
Problemas da imaxe corporal	1
Vomiting	1
Comer emocional	1
Desordes alimenticios	1
Psiconutrición	1
Comer impulsivo	1
Desaxustes coa comida	1
Control de alimentación	1
TOTAL	216

En relación ao resto das persoas entrevistadas á súa postura cara a obesidade quedaría descrita polo dito por unha psicóloga cando di:

Eu creo que a obesidade é unha enfermidade, por suposto. É unha enfermidade en si mesma. Non é algo que provoca enfermidades como diabeite tipo II, hipertensión,

hipercolesterolemia...Non, non, non, non, non. É unha enfermidade en si mesma que...ademais adoita ser...ten moita comorbilidade con outras enfermidades e que moitas veces vai acompañada dun trastorno da conduta alimentaria de tipo trastorno por atracón, pero non creo que sexa un trastorno da conduta alimentaria (P.05, p. 10).

Pero, máis alarmante aínda que a clasificación da obesidade como un TCA, é a mención do sobrepeso como un destes trastornos. Debe considerarse que as mencións do termo obesidade e sobrepeso, nas páxinas webs adoitan aparecer nos listados de tratamentos ofrecidos polos centros, é dicir, aparecería un título como “trastornos que se tratan” e a continuación un listado de supostas enfermidades. Considérase que fraco favor se fai á información sobre a saúde mental cando se presenta o sobrepeso como un problema de saúde mental a tratar, e que precisa da intervención dun/ha profesional para solucionalo.

Finalmente mencionar que os TCA soen aparecer en posicións secundarias e marxinais, en comparación coas asignadas a outro tipo de patoloxías como a depresión ou os problemas de desenvolvemento dos menores. Ademais aparecerían rotulados nunha grafía de menor tamaño, e menos destacada que o resto das doenzas mencionadas. Só nalgún caso os TCA asumen unha posición preponderante, o que se explica pola especialización do centro en cuestión neste tipo de trastornos. Nestes casos a devandita cita soe ser acompañada por unha imaxe dalgún tipo de alimento saudable, aparecendo con frecuencia froitas e verduras na fotografía.

Porén, como se explicou neste capítulo, os/as profesionais consideran que os medios de comunicación xogan un papel decisivo como instancias transmisoras dun patrón de beleza que domina na actualidade. O problema sería que este canon de beleza é inalcanzable, xa que vencella a imaxe a unha perfección que non existe na realidade.

Para rematar a exposición de resultados, no que atinxe á imaxe, expuxéronse os resultados da revisión da publicidade feita polos/as profesionais nos medios. Daquela, comprobouse que os tratamentos aos TCA só foron mencionados en pouco máis do 20% dos centros; cun nivel de mencións moi baixo e centrados sobre todo en tres doenzas: os trastornos de alimentación, a anorexia e a bulimia. Destacando, a inclusión nunha serie de centros a obesidade como doenza mental, o que reaparece nas entrevistas que se fixeron mesmo vencellado ao estigma.

Así pois, se os/as profesionais poden estar afectados polo estigma da doenza mental investigouse como pode afectar este no caso da percepción dos TCA dos/as profesionais.



CAPÍTULO 17

A MIRADA E O ESTIGMA NOS TCA

Se ti lle quitas a responsabilidade ao suxeito, ese é o maior dos estigmas. O maior dos estigmas é esta infantilización.

M.02, p. 20

Neste capítulo vaise prestar atención a distinguir cal é o sentido predominante na construción da percepción dos TCA dos profesionais, partindo da preeminencia da vista como sentido preeminente na organización da percepción na sociedade occidental (ver capítulo 8 e anexo V). Verase, asemade, como os propios profesionais poden verse afectados polo estigma da doenza mental na súa percepción do tipo de trastornos obxecto desta investigación.

17.1. A CONSTRUCCIÓN DA PERCEPCIÓN A TRAVÉS DA VISTA

Durante a análise de resultados púdose observar unha primacía da vista como sentido organizador preeminente na percepción dos TCA. O verbo ver alcanza unha frecuencia de 466 aparicións, acompañado de expresións como: ver polos ollos (2), punto de vista (19), mirar (90), etc., chegando a utilizar a expresión “facer ver” para referirse ao tipo de procesos terapéuticos que se levan a cabo cas persoas diagnosticadas de TCA, xa que sería necesario facerlles ver a realidade. Fronte a isto, oír solo é utilizado en 17 ocasións, tocar tamén en 14. E non fan aparición referencias ao gusto ou ao olfacto. Isto parece reforzar a idea da preeminencia da vista como sentido máis valorado e ao que se lle asignou tradicionalmente maior número de significados de tipo positivo ao longo da historia da sociedade occidental; convertendo esta na sociedade oculocéntrica (Jay, 2007). Le Breton (2007) dentro deste proceso de entronización da vista, asigna un lugar relevante ao desenvolvemento da anatomía que potenciará a aparición da mirada médica. Este proceso aumenta a súa intensidade. É dicir, na percepción social que se vai xerando nos séculos XIX e XX, este vaise asimilando a unha imaxe, é dicir, o corpo como presenza; ou como din as persoas entrevistadas como: aspecto, silueta, aparencia. Esa imaxe que como di o refrán vale máis que mil palabras e que se convirte en elemento mediador.

Como perciben os profesionais a imaxe das persoas que padecen este tipo de trastornos? Nas entrevistas amosáronse ás persoas participantes dúas fotografías. Unha correspóndese ca imaxe dunha rapaza de 27 anos cunha anorexia e unha evidente perda de peso. A outra, mostra a imaxe dun rapaz de 30 anos cun problema vencellado á vigorexia. Aos/ás profesionais non se lles

explicaba isto, dándose como única indicación que se ía facer un exercicio consistente en que debían “inventar” unha vida para a persoa da imaxe que se mostraba. Nas imaxes púxose moito coidado en que as persoas mostrasen un xesto neutro na faciana, para non dirixir a asignación de significado ligado á presenza dalgún tipo de emoción.

As descrições da rapaza en ningún caso mostran ningún tipo de preocupación pola evidente fraqueza da rapaza. Pola contra, os comentarios refírense á súa beleza e ao feito de que se preocupa moito polo seu físico. Unha psicóloga comenta que “é unha rapaza guapa, nótase que está moi coidada”(P.05, p. 23). Un traballador social comenta que a muller da imaxe “é a típica tonta inaccesible que busca un príncipe azul. Que conste que non me parece nada guapa”(TS.06, p. 17). En canto á súa posición social, os/as profesionais adoitan vencellala a profesións liberais: avogada, médica ou enfermeira. Describindo o seu carácter como o dunha persoa non especialmente extrovertida, e sen moitas relacións sociais. Destacando ademais, a mención de emocións de tipo negativo: illamento, tristura, etc.

No caso da imaxe do rapaz soe concitar percepcións que o vencellan a deportes e a asistencia, con moita frecuencia ao ximnasio. Un traballador social comenta que cree que é “Vixiante de seguridade ou friki do deporte (...) e toma anabolizantes” (TS.06, p. 14). Nestas palabras aparecería a única referencia ao uso deste tipo de sustancias por parte dos/as profesionais. Sorprendentemente moitos dos entrevistados/as asignan á persoa da fotografía a profesión de bombeiro, cando se lles preguntan os motivos de elección desa profesión concreta comentan que debido á profusión nos últimos tempos de calendarios benéficos co uso da imaxe de bombeiros identifican a estes/as profesionais con persoas cun alto grao de masa muscular. No caso da imaxe masculina se lle asigna unha posición social elevada, sóese comentar que o rapaz non ten estudos universitarios, pero isto non impide que teña un moi bo coche e un soldo moi alto. En relación ao seu carácter, soe identificarse como unha persoa narcisista; e que cren que é o típico ligón ou don Xoán, dado que o seu corpo permítelle estar con unhas e con outras e deixalas sen nengún tipo de miramentos.

Isto semella revelar que os/as profesionais están afectados/as polo canon de beleza ao mesmo nivel que o resto de poboación. Ningún dos profesionais identificaron a evidente baixo peso. Nin os posibles problemas do rapaz ca excesiva práctica do deporte. Un dos psiquiatras matiza que “Cando vemos tanto eeh...persoas eeh...tan altas, delgadas, tan guapas, tan aparentes, pois logo parécenos que os anormais somos nosoutros, non? E que temos que cambiar iso; e que o noso aspecto físico non é normal e que iso xera eeh...insatisfacción co noso propio corpo”(M.01, p. 12). Para evitar iso este profesional propón emitir a imaxe de mulleres “máis normais e non todas cortadas polo mesmo patrón”(M.01, p. 12).

Pódese argumentar que de aquí á presenza do estigma hai un paso. Neste sentido, nas entrevistas pódense atopar evidentes indicios de que os/as profesionais están afectados/as polo estigma dos TCA.

17.2. O ESTIGMA NA PERCEPCIÓN DOS TCA

En concreto, nas entrevistas aparecen dimensións como o desexo de distancia social cando unha das participantes comenta que “Eu nunca ía ter, de ningún modo, unha relación [cunha persoa cun TCA]”(P.02, p. 26). Recórdese que isto coincidiría co caso dos resultados obtidos mediante a enquisa o estudantado. Estes admitían relacións sociais de baixo nivel de intimidade pero as porcentaxes de rexeitamento disparábanse cando se lles preguntaba pola posibilidade de manter unha relación sentimental cunha persoa con algún tipo de TCA (ver capítulo 12).

Unha profesional comenta o frecuente da etiquetaxe que os/as profesionais fan en contextos profesionais cas persoas coas que traballan

Porque é unha realidade, é unha realidade como non nos aplicamos nin-nin-nin...ni o cuarto e metade de educación en valores que logo imos dando por aí, que eu din moita educación en valores nos institutos e...Non, non a aplicamos. Eu xa falo...a consciencia do

que significa o traballo con persoas e de que...Isto de poñerlles alcumes de...é de verdade, é unha realidade. De que como estás entre compañeiros pois tal...E ver os patróns “Esta é a típica...” “Uy!! Esta tal...Esta é a típica que fai tal e tal, e cal, e logo...” (P.01, p. 18).

O certo é que, como ven demostrando a investigación, o estigma soe detectarse nos demais pero non na propia persoa. Así a profesional cuxas palabras aparecen no parágrafo anterior comenta “Eu creo que estamos moi desinformados, e moi desinformada a sociedade. Creo que se trata a esas persoas como si foran persoas superficiais de...con...con...cunha connotación pexorativa de persoas obsesionadas co seu físico, polo tanto como se non tiveran un...un mundo emocional e intelectual...Pois que é superficial” (P.01, p. 14). Esta etiquetaxe por parte da sociedade, explícase polo descoñecemento das situacións e a carencia de contacto coas persoas que teñen os TCA. Deste xeito, “O descoñecemento provoca estigmatización, convértete nun “bicho raro” [para a sociedade]” (P.03, p. 20).

Pero, a pesar do dito, os/as profesionais tamén recoñecen que están afectados pola estigmatización. Unha profesional relata unha situación concreta que califica de habitual nos profesionais:

Puff...Eu recordo que poñías en Urgencias que ao mellor, pois eh, viña unha dona e lías, non? Fibromialxia, “Buah! Outra tola...”. A ver, que iso óese e aparte ti dis “Estás aí atendendo á xente”. Todas as fibromialxias...fibromiálicas son unhas tolas, sen máis. O...intento autolítico “Buah! Tomou catro trankimazines...” E recordo ademais, o caso eh...non fai nada que lle dixera “É que non te da vergoña facer isto? Estas chamadas de...de...de atención. Mira, voute dicir unha cousa, o que se quere matar tírase dunha ponte”. Digo, “Estupendo...Ou sexa” (P.04, p. 19).

Mesmo se atopa a resposta dunha traballadora social que cando se lle pregunta si as persoas do entorno de alguén que teña un TCA sofren algún tipo de risco comenta que

Pois ao mellor a nivel de...de amizade de uun...de amigos que están ao carón desta persoa pois pode ser, pode ter risco evidentemente. Pode ter un risco de contaxio, pode ter un risco dee...de unnn...de un malestar con esa persoa, de sentirrr...pois ao mellor rechazo cara esa persoa, non? (TS.05, pp. 6-7).

É dicir, as persoas da contorna de quen teña un TCA pódense chegar a “contaxiar”, e sentir rexeitamento cara esa persoa.

Un profesional conta a súa evolución no que respecta ao xeito en que o afectou o estigma cara as persoas con doenza mental dicindo que

Eu fixen as prácticas en...en saúde mental, nun hospital psiquiátrico, eee...dende logo (...) foi moi enriquecedor (...). Eu cando cheguei alí de alumno, tiña tal estigma cara as persoas con enfermidade mental que xa...ata tiña medo de si me tocaban que me puideran facer algo, eee...ben, e logo, pois cheguei a comprender quee...que para nada e que as agresións pois, eeh...prodúcense, maioritariamente, en xenteeee...(...) digamos cuerda [máis] que en xente cunha enfermidade mental (...). Ese estigma logrei eliminalo, pois, coñecendo, coñecendo un pouco máis de preto ás persoas eee...a enfermidade mental (TS.01, p. 24).

De novo aparecería a idea de que o contacto e o coñecemento reduce o nivel de estigma. E se ben é certo que o contacto reduciría o nivel de estigma cara ás persoas con doenza mental como asegura a teoría do contacto de Gordon Allport (Dovidio, Glick e Rudman, 2005). Tamén é certo, como se explicou no marco teórico deste traballo, que as diferentes campañas de sensibilización e información sobre a doenza mental a investigación ven demostrando que non deron os resultados esperables na redución do nivel de estigma (Torres, 2016).

Os/as profesionais tamén advirten de que o estigma tamén afecta ás persoas cun TCA, e que, ás veces provoca o efecto de infantilizar a esas persoas. Unha profesional conta que

Chegou unha muller coa que está tendo todo o mundo moitos problemas de comunicación. Ou sexa, é que a esta muller non hai xeito de abordala, é moi difícil. E comigo, chegou a dicirme que tiña un trastorno de alimentación (...). E creo, polo de agora,...fun a única persoa á que lle deu algo de información. E agora eu funme e creo que agora está tendo moitos problemas, porque non quere...Ou sexa, ela foxe das persoas directamente eee...e os comentarios que escoita das compañeiras, que é ao que vamos, de como se percibe hmm...é como “Esta rapaza ten un problema...si psicolóxico, pero é como un capricho...”. Ou sexa, tense unha visión de persoas caprichosas, nenas de mamá. A estas hai que dicirlles claramente “Mira, é que si segues así...”. Ou sexa, unha infantilización. E, si. Mesmo en persoas que para mí son bastante...ou sexa, ben que non as considero xente así moi prexuciosa nin tal, pero cando falamos deste tema é como que se tende a unha infantil...Ou sexa, a...un paternalismo (TS.04, p. 39).

De feito, un dos entrevistados comenta que “Se ti lle quitas, se ti quitas a responsabilidade ao suxeito, ese é o maior dos estigmas (...). O maior dos estigmas é a infantilización”(M.02, p. 20).

En definitiva, podémonos preguntar que percepción teñen os profesionais das persoas que teñen un TCA. Os/as profesionais, da psicoloxía consideran que a maioría dos doentes son mulleres, e mostran unha percepción diferenciada en canto a como afectan os TCA aos distintos xéneros. Por outra banda, os traballadores/as sociais, estarían de acordo con situar a maior prevalencia no sexo feminino, pero perciben un aumento dos TCA no caso dos homes afectados.

No caso da orientación sexual, algunha profesional asimila á afectación dos homosexuais á dos heterosexuais, é dicir, ás mulleres estarían afectadas por TCA e os homes pola vigorexia; esta persoa sinala que “Eu penso que nos homosexuais pode ser tan perigoso como nas mulleres. Aínda que non tanto na anorexia...que non o sería tanto, senón na vigorexia”(P.02, p. 5). Outra entrevistada asimila a condición dos homosexuais á das mulleres, e chega a comentar “que realmente hai xente gai que se comporta como se fosen mulleres, co mesmo pensamento...e hai xente gai que non, que teñen como unha parte máis masculina”(P.03, pp. 14-15). Isto explícase polo feito de que ás persoas homosexuais “se preocuparían máis pola súa imaxe”(TS.01, p. 11).

Todos os profesionais, por outra banda, coincidirían na consideración de que os TCA afectan sobre todo a persoas máis xóvenes. Os motivos deste predominio é explicado e argumentado por unha das entrevistadas cando di

Eu creo que hai máis prevalencia naaa...naaa...infantoxuvenil que en adultos, porque a personalidade está menos definida e son máis fáciles de influír (...). Polo tema das redes sociais, o tema daa...comparación no patio do colexio, en clase, dunhas son máis guapas que as outras; unhas desenvolven...uns desenvolven antes que os outros...uns ligan máis que outros...en fin. Toda esa parafernalia que hai arredor da adolescencia, que te estás formando...e que sempre, pois iso...comparas, te comparas máis, non? (T.02, p. 16).

A única diferenza sinalada polos profesionais estaría en que, no caso dos traballadores/as sociais admiten máis doadamente a posibilidade da existencia de persoas adultas afectadas por TCA. Así, algunha profesional di que ten “algún caso de señoras máis maiores”(TS.03, p. 15), e menciona que ten casos de mulleres na corentena. Ao que se suma que outra entrevistada fala de que na súa práctica profesional percibe un cambio nas demandas relacionadas cos TCA a partir do ano 2000, e di “Así é a evolución destes anos, si que me estou atopando con algún neno, pero de forma illada. E máis que adolescentes, xa persoas de...xa maduras”(T.02, p. 5).

Os psicólogos/as entrevistados mostran a súa incredulidade ante a posibilidade de que se den casos de TCA na idade adulta. Unha persoa comenta “O inicio soe ser a unhas idades temperás. Se chegaches a certa idade sen telo ese...ese conflito, é difícil que nun estado adulto o desenvolvas, eu

creo”(P.02, p. 7). Outra das entrevistadas argumenta que, de detectarse un TCA na adultez, ten que existir dende a adolescencia, pero permaneceu larvado ata o momento da demanda e o razoa do seguinte xeito

Na adolescencia o grupo de iguais (...) é importantísimo no que dis, no que fas...Inflúenos moitísimo e nós aínda non estamos plenamente formados hmm...coa nosa forma de ser, cos nosos valores, cos nosos...en que sexamos plenamente conscientes dos nosos defectos, das nosas calidades, o que se nos da ben, o que se nos da mal. Entón, xurde aí por iso. Eu non creo que esta enfermidade apareza de novas na adultez, eu creo que xurde aí e pode estar latente sen dar síntoma, ou síntomas chamativos. E, de súpeto...De feito, o período máis crítico é os hmmm...12-14. Aí é a idade de máximo risco de padecer un TCA. Sobre todo no caso da anorexia, a bulimia sempre é un pouco máis tarde. Entón, iso, durante toda a adolescencia (...) pode xurdir. Logo hm...será eh...que estivo latente. Eu tiven, vin nun hospital algunha...algunha muller, que, de súpeto, iso, chegábanos con cincuenta anos e un TCA. Eu non mo creo. Eu estaba...Eu insistía...Eu “pero mire, na adolescencia...” Eu buscaba (sorrisos). A levaba ao pasado á dona (risas). Eu llo explico, ademais, digo: “Mire é que isto é moi raro. PODE OCORRER! Pero...é raro” Por que? Porque é hmm...Aínda que empeces unha dieta e non fixeras dieta nunca, aínda que empeces a estar máis (non se entende) da comida pero padecer un TCA, é moi difícil, eh? Unha cousa é que teñas ansiedade e te poñas...O momento da túa vida en que determinados eventos estresantes fagan que, pois, chegues e te poñas pola noite a comer, te ergas pola noite a comer, a síndrome do comedor nocturno. Te ergas a comer non sei que, ou te des atracóns, de..., pero ese non é o...o TCA. Esa non é a anorexia nerviosa, esa non é a bulimia nerviosa (P.05, p. 20).

Táboa 130: Características persoais asignadas ás persoas con TCA polos psicólogos/as

Rasgos de personalidade	<p>“Esixentes e perfeccionistas”, P.03, p. 15, o perfeccionismo é repetido por P.04, p. 25 que engade a necesidade de control.</p> <p>“Na bulimia diría que son inestables emocionalmente, teñen máis patoloxía”, P.03, p. 15</p> <p>A “anorexia [dase en solteiras]”, P.03, p. 16. Os enfermos de TCA soen ter “pais adictos” P.03, p. 15</p> <p>“Sacrificio”, P.04, p. 25</p>
--------------------------------	---

Xunto ás características individuais das persoas os/as profesionais perciben como de grande importancia as relacións e vínculos sociais que se establecen entre as persoas, especialmente no grupo familiar (ver táboa 130). Estas relacións son percibidas con certa ambivalencia, xa que estas poden ser positivas ou negativas, segundo a situación, ou o/a profesional que as comente. Non deixa de sorprendere que, en relación á situación social das persoas, non se podan atopar referencias nas entrevistas a posibles diferenzas entre as persoas de distintas razas, etnias, situacións socioeconómicas...os/as entrevistados sitúan este tipo de marcadores sociais na zona opaca dos imaxinarios que orientan á súa percepción, facilitando, deste xeito, o manexo da información que queda simplificada debido á redución da complexidade.

Ao mesmo tempo, o relato feito polos/as profesionais semella cingirse ao que se pode denominar o “paradigma do déficit”. Con esta denominación preténdome referir ao feito de que as causas, factores de risco, etc. sitúanse na esfera do deficitario, é dicir, do que a persoa non ten e ten que adquirir ou alcanzar. De xeito directo isto inflúe no discurso explicativo e na percepción dos TCA, facendo que se perciba ás persoas que están afectadas por este tipo de trastornos como persoas con problemas de control, perfeccionistas e responsables da súa situación. Fronte a este tipo de relatos na literatura pódense atopar interpretacións que asignan significados de forza, coraxe e resistencia ante situación estruturais que a sociedade impón ás persoas. En palabras dunha antropóloga que se movería neste tipo de narrativas

Os problemas de alimentación comezan como estratexias de supervivencia –como sensíbles actos de autopreservación- en resposta a unha miríada de inxustizas incluídos o racismo, o sexismo, a homofobia, o clasismo, o stres da aculturación e o abuso emocional,

físico e sexual (...) os problemas de alimentación a miúdo comezan como unha resposta sa e ordenada a circunstancias demenciais (*insane*) (Thomson, 2001, pp. 1-2).

Proxectando isto nos tratamentos, o *paradigma do déficit* provoca que, como se explicou, as valoracións profesionais se fagan dende percepcións que non son capaces de alcanzar a ver as capacidades ou facultades, en todo caso os puntos positivos, que as persoas, por así dicilo, traen da súa casa cando chegan aos servizos de atención profesional. Isto considérase que influiría decididamente nos tratamentos que se leven a cabo con estas persoas, xa que é un elemento que afectaría directamente na relación terapéutica, é dicir, un dos factores que mellor predí o resultado da terapia, segundo a investigación que se ven levando a cabo, como se dixo no marco teórico deste traballo.

Por outra banda, no que existiría un acordo xeralizado entre os entrevistados/as sería no feito de que os TCA “invaden” as familias, afectando a todos e cada un dos seus membros; e alterando as transaccións e comunicacións que se producen dentro do sistema familiar e á súa vez, entre os distintos subsistemas que o forman.

Unha psicóloga comenta que

Nunha familia que hai un fillo, unha filla (...) cun TCA, está toda a familia hmmm...ao final metida na enfermidade e se sofre moitísimo, e se deterioran as relacións eeh...entre os membros da familia sempre. Porque normalmente unha filla, un fillo con TCA fai que a relación dos pais se deteriore, porque moitas veces non conseguen nin poñerse de acordo de como comportarse coa filla, como levar a enfermidade, como...Entón, fai que discutan entre eles (...). É unha relación moi patolóxica (P.05, p. 18).

Outro aspecto no que o discurso dos/as participantes coincidiría sería na asignación de certa responsabilidade á conduta do subsistema parental na aparición dos TCA, que ás veces asume a forma de culpabilidade. Unha profesional di que “Ás veces son os pais os que lle din aos fillos que están...gordos. Ás veces son eles os que empezan con esa esixencia e...o neno, pois deriva nun...problema...de alimentación” (P.03, p. 13). De aí, a devandita culpabilidade introducida por outra das participantes nesta investigación

Os pais ás veces séntense culpables, non saben...(...). Eu o equiparo moito como cando alguén ten unha adicción, non? Quere saír pero non é tan doado saír. Entón, claro...cando ao mellor pois teñen recaídas, non? E a nai, ou o pai se enteran, a oen vomitar, ou...pois iso, “Como me fas isto...?”. Entón, pois, ela se volve sentir mal, estado de ánimo baixo, que é o peor destas cousas. É como un círculo vicioso (P.04, p. 16).

Un dos significados que seguen exercendo unha especial forza na percepción das relacións sociais destas persoas, é a clásica definición da relación patolóxica que se produce entre a nai e a filla. A nai, segundo as persoas entrevistadas, asume unha posición de referencia que proxecta o seu poder sobre a súa descendente, é a figura que lexitima e recoñece o universo simbólico da adolescente: “á adolescente fáille máis dano que mamá non a recoñeza que todos os...clichés que poida haber na radio ou na televisión. Para a adolescente o problema é mamá” (P.02, p. 16). Outra explicación da influencia da nai viría dada polas condutas censuradoras que esta pode levar a cabo de maneira inconsciente, que poden minar á filla; cando, en realidade, a figura materna debería aumentar á súa autoestima, e proporcionar un canon de beleza non prexudicial

Os pais moitas veces non se dan conta, e ao mellor, cando a nai di “é que fíxate como estás...Xa estás comendo porquerías; mira despois queixate de que engordas”, ao final é un bombardeo por todas partes (...). A nai ten que ensinala a quererse a sí mesma e que ben, pois que non todo o mundo eh...imos ser 90-60-90, e tes que sacar o maior partido do que ti tes; e pensar que hai outras cousas que ao final son o que conta, que o físico vaise (P.04, pp. 6-7).

A partir destas ideas os TCA son percibidos como “unha chamada de atención cara os seus pais, sobre todo cara a nai. A máis potente que hai é: “non como e non como” (P.05, p. 9). Con esta chamada de atención negaríase, segundo esta profesional, o gran mandato simbólico que explica a paternidade/maternidade, é dicir, a obriga de alimentar os fillos/as. De feito, segundo esta profesional os pais adoitan entender mellor a situación que as nais “Aos pais cústalles moito entender, pero sobre todo ás nais. Os pais son capaces de entender un pouco mellor a enfermidade, entón, saben desempeñar o seu papel mellor e a relación non se...non se deteriora tanto, pero as nais entran no xogo, entran nesa dinámica”(P05, p. 19).

Por outra banda, nas entrevistas dos psicólogos/as só se atopa unha referencia ás relacións sociais das persoas que teñen un TCA “Unha persoa que padece anorexia nerviosa, a súa rede social, no momento en que padece a enfermidade a limita completamente. Non ten gañas de saír, non queda cos amigos e amigas (...). A unha persoa que padece anorexia nerviosa non é que lle sobre a xente”(P.05, p. 24).

Nisto coincidirían o resto dos profesionais. Os traballadores/as sociais teñen claro que este tipo de enfermidades produce un forte illamento nas persoas que os padecen. Estes/as profesionais relatan como as familias chegan moi angustiadas pola situación que se vive na familia no intre da demanda. A familia chega aos servizos “co problema definido” (TS.02, p. 7), é dicir, a situación é definida como problema pola familia, en concreto pola nai. Pero esta resignificación non adoita ser aceptada pola persoa que sofre o TCA. A persoa que ten o TCA o que percibe é a presión da familia, o intento de control dos seus hábitos ou condutas alimentarias, reinterpreta a demanda como unha intromisión –ou violación-, da súa autonomía. De aí que, nese momento en especial, o enfermo/a comece unha revolución: “A persoa normalmente, pois, se rebela, non quere facer iso...Entón, conleva moitos problemas familiares, moitísimos. Tanto con pais, como con irmáns...con toda a unidade de convivencia (...). Ataques dee...de rabia, dee...de impotencia, que se...se enfada un montón coa familia” (TS.03, pp. 13-14). Este tipo de condutas aparece exemplificado na abundante literatura de relatos autobiográficos de persoas que estiveron a tratamento por un TCA (ver anexo IV). Un exemplo moi relevante deste tipo de testemuños o atopamos nalgũa das publicacións de Valérie Valère. No relato dun dos seus primeiros ingresos por anorexia cando tiña trece anos atopamos afirmacións sobre os/as profesionais como: “Só lle interesan os quilos, se os recupero sen haber descuberto nada de min, entón deixaranme marchar. Vostedes non son máis que uns hipócritas, uns charlatáns. Non lles direi nada”(1981, p. 92). Neste mesmo sentido falando do labor dunha psiquiatra sinala que “Ela non sabe escoitar; limitárase a comprobar cantos centímetros ensancharon as miñas cadeiras”(Valère, 1981, p. 152). É evidente o rexeitamento que lle producen os profesionais que a tratan dos que di que “Non son seres humanos, non sei como chamalos, tería que buscarlles un nome repugnante, cheo de saña”(Valère, 1981, p. 31). Amargamente queixase de que “Non me terán enteira, non terán a miña voz, nin os meus pensamentos, nada...Nembargantes, posúen xa o meu corpo”(Valère, 1981, p. 27). Un corpo que Valère di que os/as profesionais colonizaron, e que se apoderaron do seu tempo. Todo isto á conduce a ter “a impresión de non existir”(Valère, 1981, p. 148). Repetindo, esta idea unha e outra vez, “Agora xa non son ninguén”(Valère, 1981, p. 218); “Non son nada. Xa non me pertenzo. O saquearon todo”(Valère, 1981, p. 221); “Dentro de min só sento baleiro, un enorme baleiro, tan insondable como o dos pasillos”(Valère, 1981, p. 223).; “Non sei quen son, nin sequera sei se son”(Valère, 1981, p. 231). E finalmente proclama que

Quíxeno esquecer todo e unha vez máis equivoquei o camiño..., como sempre. “Tolo”, unha palabra que me estremecía, que me acusaba... “Psiquiatra”, unha entoación que me sublevaba e me producía unha cólera irresistible durante un tempo indefinido... “Hospital”, unha angustia, necesitaba un refuxio, un acubillo inmediato. Ninguén podía ofrecermo. Todas as miñas relacións coas persoas estaban falseadas, despois de todo, eles tamén eran xente “da rúa”, que diferenza había? Eu quería ser intolerante e teimuda, desexaba continuar rexeitando o seu mundo (Valère, 1981, p. 240).

Como se pode observar, sorprendentemente aparecen como significados principais: o tempo, o corpo, a propia identidade persoal e social. É dicir, os eixes que veñen artellando os resultados desta investigación desde a súa aparición nos resultados do estudantado. Daquela, compre prestarlle atención á percepción que do corpo teñan os profesionais, así como do posible papel que xogue nos TCA



CAPÍTULO 18

O CORPO E OS TCA NA PERCEPCIÓN DOS/AS PROFESIONAIS

Estamos acostumbrados a ver corpos de mentira
P.02, p. 14

Neste capítulo exporase o papel asignado ao corpo na percepción dos TCA dos profesionais da saúde. Precisamente é no corpo no que impactan os significados que se lle asignan socialmente aos feitos, actores e situacións sociais cas que interactuamos na nosa vida cotiá. No corpo, como instancia xeradora de identidade, encáranse as nocións de control, o xénero, o tempo e os significados de adicción e obsesión do que se viu falando ao longo deste traballo.

Neste sentido, como se dixo con anterioridade, Orbach (1993) chama a nosa atención dicindo que, no caso das mulleres, estas mostran unha gran inseguridade en relación á percepción do seu corpo debido ao alto nivel de contradición que mostran os significados e imaxes que os regula; noutras palabras, o alto nivel de complexidade e de contradición que caracterizaría aos imaxinarios sociais que orientarían a percepción social do corpo. A partir de aí se distinguen determinados procesos que poderían influír en que se desaten os TCA; en concreto serían procesos que afectarían á constitución da identidade das persoas: o papel central da relación nai-filla, os procesos de diferenciación respecto á sociedade e a os demais, o corpo como solución ao problema existencial xerado polo *ser-no-mundo*. En definitiva, unha consideración da identidade feminina como problema nas sociedades posmodernas cuxa solución búscase a partires dos procesos de construción e reconstrución do corpo. Estes aspectos son especialmente postos de relevo polas persoas entrevistadas cando falan dunha realidade construída mediante os medios de comunicación; unha traballadora social comenta que os medios de comunicación “Desdibuxan o que é a realidade (TS.05, p. 8), en parte debido ao constante “bombardeo”(TS.01⁶⁵ TS.05, P.01 e P.04) ao que os someten sobre todo, a través da publicidade. Isto afecta ao corpo debido a que, segundo unha das entrevistadas, “estamos acostumbrados a ver corpos de mentira”(P.02, p. 14). O que convirte o corpo nunha obsesión (TS.04); de aí que faga aparición en todos nós as tentacións de ter/ser un corpo, pero un “corpo..... quero ser perfecto, perfecto, que ser perfecto ou perfecto. Entón, a este corpo o teño que moldear eu para ser a máis ou o máis”(TS.02, p. 13). En definitiva, “os corpos teñen que ser perfectos”(P.02, p. 15).

Pero esta influencia, sobre todo no caso dos/as profesionais da psicoloxía vese mediada polas relacións familiares, así unha das psicólogas apunta “Á adolescente fílle máis dano que mamá non

⁶⁵As entrevistas identificadas cas claves TS pertencen a traballadores/as sociais, as identificada co P, serían as dos psicólogos/as.

a recoñeza que todos os... cliché que poida facer na prensa ou na televisión. Para a adolescente o problema é mamá”(P.02, p. 16). É dicir, os traballadores/as sociais móvense no terreo das relacións e os vínculos, en definitiva, do social. Mentres que os psicólogos/as sitúanse no eido do individual, das persoas como átomos sociais. De feito, os traballadores/as sociais sempre falan de percepción e imaxe, pola contra, os psicólogos/as soen utilizar as palabras autopercepción e autoimaxe, termos que nunca foron utilizados polos/as profesionais do traballo social.

Así pois, temos a obriga de construír o noso corpo, crear a nosa identidade, pero como di Le Breton (2016) esta tendencia das sociedades contemporáneas a forzar o deseño dunha identidade persoal á carta, unha identidade custosa dada as características da sociedade actual (flexible, veloz, competitiva, que esixe a máxima eficacia, etc.) pode conducir á persoa a asumir a existencia como algo fatigoso, a evitar e eludila a través da desaparición de si. Neste sentido, o autor francés expón algunhas formas de desaparición de si, entre as que cita os TCA, en concreto a anorexia, que para o sociólogo e antropólogo do que vimos falando, pódese interpretar coma un doloroso intento por escapar ao proceso de significación sexual. Le Breton dinos: “A nena loita contra a muller que está medrando nela, e a reduce ao seu corpo”(2016, p. 102). A anorexia entendida como unha fuxida cara atrás do nos propio corpo; así coma un intento de volver invisibles os vínculos sociais que nos unen aos demais. Todo isto pode chegar a provocar que faga aparición un desexo de “desnacer”, unha inversión da cronoloxía que marca o tempo do noso decurso vital. As persoas con anorexia, segundo Le Breton (2016) somérxense nun mundo máis alá do espazo e do tempo. Un mundo caracterizado polo control férreo, a identidade como problema, a obsesión como credo, é dicir, a experiencia da vacua existencia. As persoas con anorexia veríanse conducidas “á posibilidade de ter que pagar ca súa vida o intento de lexitimar a súa propia existencia. A anorexia non é a expresión dunha intención de morrer, senón unha especie de xogo de morte diluída no tempo por abstención, ausencia e brancura”(Le Breton, 2016, p. 107). Á súa vez, isto encaixaría ca interpretación do tempo como eixe interpretativo dos TCA como se explicou anteriormente.

Esta interpretación, á súa vez, encaixaría cá relativa ausencia da tematización do corpo nas entrevistas feitas. De feito, no conto da frecuencia desta palabra, esta solo aparecen en 5 das entrevistas realizadas a traballadores/as sociais con un total de 31 aparicións (dándose 20 delas na entrevista a unha profesional que ela mesma pasou un proceso de anorexia na súa xuventude). No caso dos/as profesionais da psicoloxía a palabra corpo aparecería en 29 ocasións, pero concentradas en solo dúas das entrevistas (P.01 e P.04). Se se suman o total de páxinas que alcanzan a totalidade das transcricións das entrevistas⁶⁶ e se cruza con esas 60 veces que aparece a palabra corpo, esta volveuse moi rechamante, convertendo esa ausencia do corpo nunha das claves interpretativas dunha investigación sobre os TCA.

Chegado un momento do traballo de campo, cando isto empezábase a vislumbrar de xeito máis ou menos claro esa “ausencia” do corpo nas entrevistas, decidiuse introducir a dimensión explicitamente para pedirlle ás persoas entrevistadas a súa opinión ao respecto. As persoas participantes aportan tres explicacións

1. O feito de que este afectando ao corpo toda a concepción xudeocristiana do mesmo, converténdose este nun pecado, o que conlevaría a negación do mesmo. É dicir, o corpo como pecado. Unha das participantes na investigación apunta que a ausencia do corpo "parece que ten moito que ver coa nosa... tradición xudeocristiana, onde corpo e mente son dúas cousas completamente...separadas. Eh...“penso, logo existo” e non sei cantas cousas máis (...) Na nosa tradición o corpo é pecado, e como é pecado, pois non se menciona, nis se toca nin se di. Quita, quita, por deus” (P.02, p. 6).

⁶⁶ O total das transcricións das distintas entrevistas alcanzan as 533 páxinas divididas da seguinte maneira: 189 páxinas corresponden ás entrevistas feitas a traballadores/as sociais, 205 á dos psicólogos/as e 139 aos/as psiquiatras.

2. Por outra banda, algunha participante considera que o corpo é un exemplo do que se pode considerar un tabú socialmente moi arraigado, e que por definición, débese evitar.
3. Finalmente, unha das persoas entrevistadas interpreta que, dada a necesidade de que para obter algún tipo de coñecemento debe existir algunha separación ou distancia entre o obxecto a coñecer e o suxeito cognoscente, a inexistencia desta distancia no caso do corpo impediría noso coñecemento do mesmo.

Por outra banda, Gracia-Arnáiz (2015) ven defendendo que as abordaxes dos trastornos da conducta alimentaria ven adoecendo desde fai tempo dunha forte medicalización. Unha das participantes apunta que “A psicoloxía en este país segue o modelo médico”(P.02, p. 23). O que leva a outra das profesionais a explicar a etiología dos TCA como “froito de que o seu sistema nervioso esta en inanición, entón pasa a estar defectuoso (...). En canto a esa persoa recupera seu eeeeh... nivel nutricional, non pasa a pensar así”(P.05, p. 3). É dicir, o corpo interpretado dende o imaxinario biolóxico, que alcanza o seu cumio na declaración dunha das persoas entrevistadas cando di que “Os corpos son obxectos”(P.02, p. 14).

Esta mesma autora (Gracia-Arnáiz, 2015), sinala que as veces, non somos conscientes de que tamén o xaxún e as prácticas que o rodean, poden vir determinadas polos significados sociais que o sosteñen o envolven Neste sentido podería haber quen deixase de comer para poder controlar a evolución do ciclo vital, é dicir, intentando evitar o xurdir das marcas típicas da feminidade no seu corpo (Gracia-Arnáiz, 2015). De novo, os TCA explicados desde o eixo temporal. Os TCA como intentos de conxelar o tempo (Onnis, 2016). Xa que, dito doutro xeito

Experimentar a percepción da autoidentificación e a continuidade da propia existencia no tempo e no espazo faise fatigoso, ás veces imposible, moitas veces practicable só a través de corpos sen pel ou só coa pel pegada (...). Profundamente sepultada en cada un de nós existe a nostalxia dunha volta a aquela fase ilusoria, o desexo de converterse de novo nunha parte desta nai-universo omnipotente da primeira infancia, sen ningunha frustración, ningunha responsabilidade, ningún desexo (Bernardini e Gianbartolomei, 2016, pp.111-112).

Os profesionais pois, mostran unha percepción do corpo que se move nos parámetros do imaxinario biolóxico, pero que non por elo elude os significados de tipo moral ou relixioso (pecado). Aínda que ditos significados atópanse na zona do opaco do imaxinario, que orienta a percepción cara a zona da relevancia situada no plano físico: o corpo como obxecto, o corpo como estrutura física bruta. o corpo como obxecto de elección de cada un de nós ante as disxuntivas nas que nos atopamos na nosa vida diaria, etc. Así pois, o imaxinario biolóxico orienta a percepción dos profesionais, pero convive co imaxinario sexual que impón ás mulleres uns criterios de beleza inalcanzables e que determinan non só a súa imaxe senón incluso a súa identidade, é dicir, es o que parece, o que mostras a través da túa imaxe física. Se isto se cruza ca idea da responsabilidade individual de creación de noso corpo, estase impondo unha *contradictio in terminis*. Isto percíbese ao longo das entrevistas no feito de que un grupo de profesionais identifican claramente o ter un TCA co feito de ser muller, identificando aos homes cos trastornos da imaxe corporal. Unha das entrevistadas relata

Mira, os poucos rapaces que vin hmmm. Os primeiros, tiñan algo máis. Non só tiñan un TCA, tiñan outras doenzas mentais e graves. Un en concreto un TOC, un TOC severo, outro eeh...unha psicose, o xeito de debutar á súa psicose foi facendo unha anorexia nerviosa (...). Pero un adolescente eh? Un chico de 14-15 anos, o xeito de debutar foi facendo unha anorexia nerviosa eh...Ese era un doente no hospital, o víramos e empezamos a velo e ao cabo dunhas semanas estaba ingresado no hospital por alucinacións e (debilidade). Entón, sempre que vin un TCA nun rapaz, vin poucos, eh? Agora estoume lembrando doutro máis hm... Sempre foron acompañados doutros trastornos mentais e graves, severos eeh...E ademais de ir

acompañados de (graves-severos) a forma de contarte a enfermidade é diferente hmmm non... Si, O ENFOQUE. Hmmm é máis caa eh... Ou sexa, unha muller o que te...unha rapaza este dicindo "eu quero estar máis...máis fraca" porque máis fraca creen que a xente vaimos a querer máis, vanme a entender máis, ouu gustar a máis non? Vou conseguir nos... E os homes, non era por...Non, ese non era o enfoque que lle daban, era...era máis eeh... Máis que polos demais por eles mesmos e ademais, máis cara a saúde eh... "verme hm... eu creo que máis fraco estaría mellor, máis san, máis..." hmmm eeh máis cara a musculación máis ao mellor cara a vigorexia que vin, non? (P.05, pp. 21-22).

É dicir, nos casos excepcionais no que un home poida chegar a desenvolver un TCA, as causas son de tipo diferente a cando se dan nas mulleres. As mulleres o desenvolverían por procesos internos á propia patoloxía, en cambio nos homes desenvolveríanse como reacción a un estrés ou suceso que se producise na súa vida diaria, non tanto por procesos ligados ao corpo ou á súa imaxe física

Algunha profesional o explica dun xeito que parece pór en tela de xuízo, o feito de que os varóns poidan sufrir este tipo de trastornos dicindo que ao longo da súa carreira profesional nunca o encontraron, cando comenta "Si, o sexo para min é un risco engadido porque aínda en que os homes pódese dar anorexia, podería haber, eu non coñezo a ningún pero podería darse en teoría"(P.02, p. 5).

Este tipo de diferenciación entre os procesos dos TCA nos homes e nas mulleres non coincidirán cos resultados da investigación que se veñen levando a cabo. En relación a este asunto, a investigación revela que "Os aspectos condutuais do trastorno suxiren semellanzas entre a anorexia masculina e feminina, aínda que a anorexia restritiva pura sexa moi rara na mostra masculina" (Antenucci e Leonelli, 2016, p. 97). A investigación levada a cabo dende o campo de estudo das novas masculinidades vense sinalando hai tempo que o home tamén se ve afectado polo descontento cara o seu corpo (Mishkind, Rodin, Silberstein e Striegel-Moore, 1991). Nas entrevistas levadas a cabo destaca o feito de que son os homes entrevistados os que poñen de manifesto que nos últimos anos senten que presión social exercida polo canon de beleza está aumentando; mentres que as entrevistadas, sinalan o claro desequilibrio da presión social sobre a imaxe das mulleres, aínda que este feito non evitaría que aumentase o dos homes.

Falando do corpo desde o punto de vista do imaxinario biolóxico, este asume a forma dun elemento físico, sendo as disciplinas médicas as que deben marcar a pauta. Os profesionais falan: do índice de masa corporal, da obesidade como enfermidade, ou incluso algúns a consideran un TCA, etc., pero, por outra banda, atopámonos co corpo como construción producida polo "bombardeo" e saturación das mensaxes dos medios de comunicación, dos que se falou con anterioridade. Configurase pois un tapiz típico das sociedades policontexturales (Luhmann, 2007a) no que a contradición dos códigos non afecta a súa validez. A sociedade contemporánea, sen centro nin vértice permite escapar da lóxica binaria e implantar a convivencia de elementos con valores que, de principio, serían paradoxais.

Pero a percepción do corpo aparece dominada, no caso dos/as traballadores/as sociais polo imaxinario sociolóxico. A imaxe distorsionada a que temos do noso corpo estaría determinada polos medios de comunicación que, sen freo nin medida, saturan a nosa vida deses corpos imposibles e inexistentes. Un profesional comenta; "O canon de beleza adicouse a dicir "Quero táboas, quero percheros andantes ou maniquís". Máis ben que maniquís, perchas, que é peor, ti, porque é lineal. E se pode ser un modelo andrógono, que sen se saiba se es home ou muller. Co cal, mellor non ter peito, mellor non ter cadeiras, mellor non ter nada" (TS.01, p.16). Os medios imporían esta imaxe, como se comentou, por motivos económicos. Pero o problema sería o que comenta unha traballadora social "O patrón ideal (...) na sociedade na que estamos está a dicir quee...que case poderemos alcanzar todo (...) que podemos chegar a aquilo inalcanzable; soñamos con iso (...) penso que a comunicación...evidentemente inflúe na parte irreal...Eu creo que nin pensamos que...é algo que non podemos alcanzar"(TS.05, p.9).

No caso do corpo, algunha profesional marca a diferenza entre os dous xéneros pola mercantilización do mesmo, así como pola facilidade de acceso que existe na sociedade ao corpo feminino. Unha traballadora social explica

Mira, outra cousa que quería apuntar respecto ao sesgo este do xénero tamén eh...algo que a min afectoume é , como é... Ou sexa, como se consume o corpo da muller na sociedade. Xa non non consu...No consumismo, quero dicir , como se pode tocar...se pode...Ou sexa, as nenas vivimos desde idades temperás que acceden ao noso corpo sen o noso permiso, méntete a man na cola...Ou sexa, eu iso vivino con moitísimo sufrimento tamén ee...e creo que un pouco esa barreira que eu quixen poñer de "Non son como...Non son atractiva. Non son...Ou sexa, nin me mire, nin me vexas" por vía que era como unha...Como que o meu corpo era accesible para todo o que lle apetecera, sinceramente. Con cousas así, con estes detalles. Ou sexa, desde a infancia ata a adolescencia e...e seguimos. Ou sexa que...Tamén hm...no meu caso vivino un pouco así, pero conseguín que se alonxara un pouco esa sociedade que se entremetía en min...Sociedade-persoa (TS.04, p. 23).

A modo de resumo, unha das profesionais entrevistadas, habendo sufrido ela mesma un TCA na súa xuventude, argumenta que ela “usaba” naquel momento seu corpo como elemento de intercambio social. Pon de manifesto a presión que sentía polas continuas loubanzas da xente que a rodeaba, dada a súa beleza. Esta persoa dinos que

estoupou a enfermidade nun intre no que tiña que dar o salto á vida. Porque eu empecei moi tarde (...) aos 20 anos (...) eu vivía có maior sufrimento. Entón era como iso, o saltar á vida e dicir Deus!! Ata o verte... eu non quería sentir...non quería que ninguén me vira atractiva (...). Non quería que ninguén, ningún home me mirara dun xeito...e iso. Eu era unha...Bueno, era unha rapaza moi guapa, a verdade, e creo que foi como meu escudo. Xúroche que aí fíxenme unha bola e dixeran: Agora non me vai mirar nin Deus! (TS.04, pp. 8-9).

E continua explicando as diferencias que ela percibía con respecto ao trato que a xente dispensaba ao seu irmán, e como todo isto a conducía a ese desexo da desaparición de si que se mencionaba un pouco máis arriba:

Meu irmá non recibía esa presión, nunca lle dixeran “que corpo máis bonito tes! (...) Eu en parte escapaba...Tamén sinto que escapaba desas expectativas. Pois xa está: “Deixade de mirar o meu corpo”. E, de feito, esta enfermidade supúxome unha crise existencial, porque eu dicía “Bueno, e agora que non teño corpo...”. OU sexa, eu quíteime do corpo, non? Porque para mín, era unha esixencia demasiado, pero agora que non teño corpo, que lle dou á xente? (TS.04, p. 20).

Todo isto conduce a unha nova consideración do corpo, un “corpo...[que ademais] é que é a túa obsesión. Quero dicir, a túa obsesión é o teu corpo”(TS.04, p. 19).

É dicir, a modo de conclusión deste capítulo pódese afirmar que o corpo asume o papel dunha estrutura ausente pero que funciona como elemento identitario que se desvanece entre os dedos, un corpo que a través da análise do discurso das entrevistas realizadas adoita a forma de imaxe, patrón, modelo, estereotipo ou canon, pero que perde o estatuto ontolóxico do corpo. E que, por outra banda, é unha imaxe que se move nos terreos do ideal, dunha perfección que non está á nosa disposición xa que é unha construción social que non se move na esfera do físico, senón do imaxinario.

A partir de todo o dito ata o de agora xorde a cuestión de como poden afectar todos os resultados que se foron explicando ás relacións entre os profesionais no seu traballo cotiá nos

equipos de intervención coas persoas que están diagnosticadas de algún TCA, interrogante ao que se dará resposta no seguinte capítulo deste traballo.



CAPÍTULO 19

PODER, ROL E IMAXINARIOS SOCIAIS

A min paréceme que [os TCA son unha cuestión] moi complexa de abordar. Creo que temos que someternos a unha reflexión profunda todos os profesionais de que se está facendo e que...ata que punto se está seguindo un camiño queeee...que axuda a acompañar ás persoas na profundidade que necesitan de algo tan complexo.

P.01, p. 39

Neste capítulo verase como pode afectar a percepción, e o imaxinario, ás relacións que manteñen os/as profesionais nos seus postos de traballo namentres interveñen cas persoas con algún TCA. Explicarase como o adxectivo máis axeitado para cualificar as devanditas relacións é o de relacións conflitivas. Á súa vez, o conflito explícase a partir das cuotas de poder a alcanzar -noutras palabras-, os xogos de saber↔poder-, os roles profesionais e os imaxinarios que os lexitiman e xustifican.

Os/as profesionais amosan un discurso no que subxace a xerarquía da psiquiatría; “veñen da carreira top, cás notas top o itinerario formativo está pensado en que son a *creme*, seguramente son os mellores alumnos nos aspectos que se lles pide, seguramente son os mellores alumnos”(M.02, p. 3). Xerarquía que se basea no modelo biomédico, e viría a reforzar a autoestima do colectivo profesional dos psiquiatras:

Hai unha historia que ten que ver cá psiquiatría máis bioloxicista, e vería a reforzar a autoestima do colectivo profesional dos psiquiatras. Hai unha historia que ten que ver cá psiquiatría máis bioloxicista, co apoio no medicamento, máis de pensar que a cura ten que ver exclusivamente con iso que ao psiquiatra o empondera e ao resto dos especialistas que traballan no campo da saúde mental o que teñen que coordinarse cos profesionais (...) podes verte un pouco cuestionado, en xaque (M.03, p. 2).

En concreto Horwitz apunta que ante a tesitura de elixir encaixar a psiquiatría como disciplina médica ou non, a elección en realidade era ilusoria xa que “Se a psiquiatría ía sobrevivir como disciplina médica, non tiña elección senón pregarse ás normas intelectuais da profesión médica. Para manter o seu status profesional, os psiquiatras tiñan que rexeitar un modelo intelectual que podería eliminar o seu status como profesión médica e non ofrecía protección contra os profesionais que non eran médicos”(Horwitz 2003, p. 61). O imaxinario biomédico como calquera outro imaxinario, como di Pintos (2003) estrutura a experiencia social; neste caso ca forma da enfermidade. Enfermidade mental que se convirte na realidade plausible, lexitimada e xustificada polo propio imaxinario (Pintos, 1997). Á súa vez o imaxinario social orixinaría comportamentos que estruturan os roles dos distintos profesionais. A propia estabilidade que aseguran os imaxinarios sociais (Pintos, 2005) viría garantida pola atribución da etiloxía da enfermidade mental á xenética ou bioloxía do ser humano. Tamén se aseguran unha continuidade entre a realidade “loucura” e a

realidade “cordura”. Todos estamos tolos e todos estamos cuerdos, só é cuestión de perspectiva. Un pode estar canso despois da actividade das vacacións ou pode padecer síndrome postvacacional, un pode estar triste pola morte de seu pai ou padecer un dó mal organizado, un pode estar melancólico ou ter un nivel de serotonina baixo, ou incluso ser diagnosticado de depresión clínica e ser medicado por iso.

Pero, como afecta o imaxinario social aos roles profesionais? Os/as psiquiatras entenden que a multidiciplinaridade debería levar aparellada unha distribución das cargas que supón a responsabilidade. Pero, interpretan que isto non é así. Os psiquiatras serían os que asumen as responsabilidades e os problemas dentro dos equipos e sería esta falla de apoio o que os conduce a illarse e non traballar en equipo. É dicir, a apertura que debería haber a partires da reforma psiquiátrica non supuxo un alivio para os psiquiatras, xa que

as outras profesións non responderon (...) que si, si, si, si, pero aquí o que ve aos doentes son eu, o que se come aos doentes son eu, o que aguanta á familia -ou non aguanta á familia-, o que aguanta ao doente. É como un sentimento moi corporativo, moi corporativo de que a multidiciplinaridade non veu acompañada de repartir responsabilidades que por parte das outras profesións o que houbo é unha loita polo seu rol profesional, por colocar seu rol profesional, e tal, pero que iso non redunda en beneficio dos pacientes, nin en beneficio das familias (...) que si, que si, que si (...) pero ti o que queres é ocupar un rol, ocupar unha cuestión de poder; e sen aportar de verdade nada, ou nada substancial a o que é o doente, non? (...) estamos fartos da posición antipsiquiátrica, pero imos a falar da posición antipsicólogos; que aportaron ao longo da historia, están sempre con reivindicacións laborais, có tempo... de non sei que: eu quero media hora para ver ao doente, o psiquiatra o ten que ver en cinco minutos (M.02, p. 4).

O mesmo psiquiatra comenta que “O traballo en equipo, no traballo día a día, paréceme unha quimera (...) que si se traballa en equipo, e iso é xa unha opinión miña, creo que non. Hai un fracaso do modelo da unidade de saúde mental primeiro en canto a ser o eixe en que pivota a asistencia (...) e segundo, que o traballo sexa multidisciplinar, tampouco é certo”(M.02, pp. 4-5).

Outra psiquiatra comenta que “se non estas acostumado a traballar con compañeiros doutras especialidades, iso sempre pode provocar certas resistencias... a ver que me vai preguntar, ou, a ver si me vai a poñer en xaque, porque o que me pregunta non vou saber responderllo, porque eu destas cousas de traballo social non teño nin idea”(M.03, p. 2)

O fracaso da intervención multidisciplinar será asignado polos profesionais a unha serie de causas:

- O modelo de organización administrativa.
- O cambio social que se produzo na demanda.
- O que a crise do modelo de atención á saúde mental, coincide – e se superpón- á crise do modelo de atención primaria.
- O que o modelo de traballo multidisciplinar apoiase na debilidade do discurso clínico que debería avalar ese xeito de traballar. Un discurso que sería moi débil e moi pouco asentado na teoría, que se reduce a “palabras chulas (...) o modelo biopsicosocial, pero, que discurso xerou o transdisciplinar? (...). O discurso é baleiro, é cero, non se xerou ningún discurso. Non se xerou nada novo, hai algunha teoría? Hai algunha abordaxe? Hai algunha cousa? Non” (M.02, p. 5).

Pero o maior conflito xorde nas entrevistas cando se intenta profundar nos roles que deberían de desenvolver cada un dos profesionais nos equipos de intervención cos TCA.

Entre os psicólogos/as existe un acordo xeralizado de que se ocuparían da intervención terapéutica. Nos caso dos TCA, o psicólogo/a debería “axudar [á persoa diagnosticada] a poñerse de

acordo con seu corpo, a aceptar o seu corpo, e a partir de ter o corpo... de haber aceptado o seu corpo eh... que el decidira canto quere pesar ou deixar de pesar e que é máis saudable ou menos saudable para el, pero para el. Ensinarlle ou axudarlle a que se sentira... na súa pel, e ben”(P.02, p. 26). Os comentarios do resto dos/as profesionais da psicoloxía artéllanse arredor da mellora de afrontamento das persoas ás situacións de risco, a mellora do nivel de autoestima e o traballo ca distorsión cognitiva da autoimaxe corporal. O resto dos profesionais non presentan una percepción distinta do rol destes profesionais, asumindo que as súas funcións sería: facer terapia (TS.01, TS.02, TS.03 e TS.04, M.01, M.03). A intervención debería de procurar a modificación de conduta e/ou cambio nas actitudes das persoas afectadas por TCA. E, aínda que os/as psiquiatras colocarían parte do seu rol na terapia (M.01, M.02, M.03, M.05, M.06) non se detecta un conflito de alto grao neste caso concreto.

Por outra banda, un dos psiquiatras entrevistados apunta a posibilidade de que os TCA non esperten moito interese na psiquiatría debido a que non son trastornos que estén de moda. Considérase relevante o argumento que utiliza para defender o cambio en relación ao interese que espertan na psiquiatría os tratamentos do abuso de substancias. O interese aumentaría no momento en que existen acercamentos biomédicos a ese tipo de tratamentos. Este profesional o explica dicindo que

todo o que ten que ver cos trastornos de alimentación, eeh no mundo da psiquiatría está como un pouco de lado. Ocurriu como ocorreu coas drogas, que era como si na saúde mental [e] servizos de psiquiatría eses temas non interesaran. Agora as drogas redignificáronse porque se viron outras perspectivas: a nuerocognitiva, a biolóxica, e agora, xa si se quere volver a meter. E o mesmo pasa cos trastornos de alimentación (M.05, p. 3).

Segundo este profesional os tratamentos dos TCA aínda requirirían abordaxes de tipo máis social e isto provoca unha certa estigmatización dentro do colectivo de psiquiatras. Este psiquiatras explica en relación ao que se ven explicando que os tratamentos dos TCA

non é un resultado inmediato de: collo a pastilla e resolvo. É un enfoque no cal teño que saber dar pastillas, ás veces, teño que saber facer terapia, ás veces. Teño que saber facer enfoques sociais, ou pedir a alguén que os faga ás veces (...), e entón, pois, a psiquiatría eu coído un pouco ata moitas veces viuse que a xente que traballa en trastornos de alimentación é como, como antes nas drogas “ese traballa en drogas” e un pouco estigmatizado. Entón eu creo que dentro da propia, dentro da psiquiatría está un pouco estigmatizado. E hai moi pouquiña xente que se dedique a iso (M.05, p. 4).

Agora ben, o conflito interno e externo, xorde no caso do rol dos/as profesionais do traballo social. O conflito externo do rol tería a súa orixe no descoñecemento absoluto do traballo social e dos roles destes profesionais por parte do resto de persoas entrevistadas. Unha psicóloga que acaba de rematar a carreira hai dous anos comenta os roles dos profesionais e di “O psiquiatra regula a medicación, o psicólogo fai a terapia e o traballador social...puf... Eu xa non me lembro do que facía. Pois mirar un pouco os...Eh...para insertarse na sociedade. Ou sexa, as axudas que pode ter”(P.03, p. 27). Outra psicóloga comenta que non sabería asignar as funcións destes profesionais, para explicar que iso sería debido a que “non sei moi ben que ten que ver con isto”(P.05, p. 26), referíndose á enfermidade mental; e explicando a renglón seguido que, nunha carreira profesional de 13 anos, desenvolvida tanto no ámbito público como privado, nunca tivo contacto -ou necesitado- un traballador/a social “Nunca me tocou..toco....tocoume iso, nin me xurdiu. Estou pensando tanto en doentes de...deee...en hospital, que era un hospital público, como agora na privada...Nunca necesitei un traballador social. Hm...non sabería moi ben”(P.05, p. 26). Outra psicóloga sinala “un traballador social...pois chico, non sei que dicirche...Un traballador social é que...insisto en que non sei nin o que fan. Sei que van polas casas e miran á xente, e tal e cal...Pois

home, ves que hai unha situación de risco porque a súa muller pouco probablemente lle estivera dando caña...” (P.02, p. 27). A partir deste intre, pola comunicación non verbal da persoa, semella sentirse posta en cuestión polo feito de recoñecer que descoñece o rol destes profesionais e segue dicindo “Si, si sei o que é...E nestes equipos multidisciplinares, ou como se chamen, pois supoño que algo terán que...” (P.02, p. 27).

O conflito interno fai aparición dada a fenda que os traballadores/as sociais perciben entre o que fan no seu día a día e o que deberían facer. Por unha banda, estes profesionais senten que seu traballo os converte en “moi burócratas. Si, iso si” (TS.02, p. 26). Isto fai que entendan que, a sociedade en xeral e o resto de profesionais en particular, os vexan como xestores de axudas económicas pero “pa’ iso está un administrativo” (TS.02, p. 19). Esta percepción externa do rol faría que se vexa afectada e desvirtuada a autopercepción do rol destes profesionais “está tan desvirtuado [o rol profesional] que nós mesmos...nos deixamos...Xa...nin loitamos. Entón, que pasa? Todo pasa ao psicólogo, o cal, o psicólogo está poñendo un...un...un...umbral moi alto á súa profesión, que a nós nos solapa” (TS.05, p. 20). Pero, isto non queda aquí, a propia profesional que está a falar remata por pechar o círculo dicindo: “Pero o curioso é que...hmmm.....esta...este...esta imaxe [do rol] ao final está repercutindo na...na...na sociedade, nos usuarios que é que eles, moitos –a maior parte-, xa non te ven pedir unha axuda de tipo...intervención, traballo social. Xa te ven a pedir unha axuda económica” (TS.05, p. 22). Un profesional fai un bo resumo das razóns que percibe nesta distorsión de rol

A ver, douche tres argumentos. Coido que había un...Ben, un é obvio. Ultimamente, nos últimos anos, sobre todo...hai unha **saturación**, vale? Quero dicir, eu creo que hai moita xente que pasa oito horas da súa xornada facendo o que ten que facer porque iso o ten que facer, e xa non lle queda máis tempo ou capacidade, ou gañas para pensar nalgo máis. Xa non pen... Nin sequera estou falando de reflexionar na profesión senón de reflexionar que máis podo aportar eu a esta administración para prestar servizos. Creo que hai outra parte nese ámbito que é o **acomodamento** tamén, e ao fin e ao cabo eu traballo para a administración, ás tres remato a miña quenda e desconecto. Eu creo que hai un que, é seguramente histórico na profesión, quizais por recente, porque dos últimos trinta anos **o profesorado non era profesorado**. Era xente que, máis ou menos, ía sabendo, as monxiñas dun lado e doutro. E creo que non saíron xeracións de traballadores sociais preparadas para reflexionar sobre iso. Por iso coido que tamén agora, que estamos no ano 2016, hai xente que comeza a facelo (TS.06, p. 24).

A saturación do traballo é un lugar común que percorre a totalidade das transcricións tanto de traballadores/as sociais como dos/as psiquiatras. Esa acumulación de tarefas, xunto coa precariedade das condicións laborais con baixas longas que non se cobren, complica a posibilidade da realización das intervencións e da terapia. Unha profesional comenta que unha traballadora social “estivo de baixa, non puxeron a ninguén, e hoxe, por exemplo, ás tres dixo “é que estou desbordada, voume quedar ata as catro”, porque claro, despois...é que a xente con verdadeiras necesidades dis “é que teño que sacarlle isto”. Entón, todo é sacrificio noso e os demais, non lles importa nada, nada, nada, nada, nada” (TS.05, p. 30).

Un profesional utiliza unha metáfora para falar da situación dos servizos de traballo social que xa se pode atopar nunha investigación de hai anos (García Marín, 1997). Este profesional comenta

Mira, non. Dígocho sinceramente. Despois do paso pola facultade e das prácticas, que eu fixen nun concello, pódome asegurar que pasei un ano da miña vida pensando si a profesión que elixira servía para algo. Porque eu dinme conta de que sabíamos tramitar papeis, mal atender á xente. Que era como un supermercado. Quero dicir, ti entras, ti pides, douche o que poida; ao cabo, do 13% ti te levas non sei que...Esa foi a miña sensación (TS.06, pp. 23-24).

Resulta moi rechamante o feito de que as ideas recollidas nos parágrafos anteriores sobre as condicións de traballo dos traballadores/as sociais fan aparición no propio inicio desta profesión e son avaladas pola investigación. Mary Richmond, considerada a nai do Traballo social, define as condicións de traballo de as traballadoras sociais como “practicamente intolerables [e con] demasiados clientes e continuas presas”(Richmond, 2005, p. 422). Advertindo dos perigos da burocratización do traballo e do uso correcto das axudas económicas, é dicir, como un medio de traballo, pero que nunca se poden converter nun fin en si mesmas (Richmond, 1996, 2005). O sorprendente é que as mesmas ideas pódense atopar nunha investigación publicada en 1976. Na devandita investigación, as tarefas ca documentación ocupan a maior parte da xornada laboral destes profesionais (Estruch e Güell, 1976). O 28% dos/das profesionais consideran que recibiron unha formación deficiente e quéixanse da inconcreción do seu rol, ademais da “non coincidencia da súa propia percepción do rol e o status coa percepción que de ambas dimensións da posición social do asistente ten a sociedade global”(Estruch e Güell, 1976, p. 255). Pero mesmo posteriormente, atopamos no entorno galego unha investigación que segue reforzando os mesmos resultados. En relación á burocratización do rol conclúese que

A inexistencia de equipos de traballo e apoio administrativo foron convertendo as nosas Traballadoras Sociais por unha parte nunhas burócratas, inundadas de documentación, e por outra, nunhas expendedoras de receitas sociais, xestionando maioritariamente axudas económicas (...). Non podemos falar polo tanto de auténtico Traballo social, senón de Traballo Administrativo (García Marín, 1997, p. 290).

Mencionándose tamén a baixa formación⁶⁷ e de novo, a “Indefinición do perfil profesional do Traballo social. Esta indefinición do traballo social, tradúcese no da “chica para todo”⁶⁸ ou no “caixón de xastre”⁶⁹ no que se converten as súas actuacións profesionais”(García Marín, 1997, p. 290).

Como se pode observar, os resultados das investigacións citadas virían a coincidir cos resultados que se veñen de explicar. Pero esta situación non desanima aos/as profesionais que seguen a explicar, unha e outra vez, as súas funcións: “Oe, que eu estou para isto, para isto, para isto e para isto. Eu non son Pepa, chica para todo, dos recados, eh? Nin son a caixa de Pandora nin son a fada madriña que teño unha variña máxica que fago “chin” e “tal”(TS.0.2, p. 24). Pero os/as profesionais recoñecen estar cansos deste tipo de esforzos, xa quen mesmo os/as responsables políticos descoñecen o seu rol, o que, segundo os/as entrevistados/as remata por producir a propia percepción alterada do rol provoque o seu labor se retrotraia aos tempos da asistencia social, é dicir, que “a maior parte da xente identifique aínda os servizos sociais como os que che solucionan os teus problemas cando tes...hmmm enfermós na casa ou problemas económicos”(TS.06, p. 22). Unha persoa senteniza: “O traballo social extingúese”(TS.05, p. 26).

En calquera caso, os/as profesionais do Traballo social, sitúan no caso dos TCA, seu rol en; a escoita empática, consello terapéutico, derivación a recursos, asesoramento, seguimento da evolución dos casos, mediación familiar, valoración do entorno e facilitar a interacción, etc. As axudas económicas ou os servizos serían solo instrumentos ou ferramentas de traballo en función dun obxectivo que sería o benestar da persoa entendida, de xeito global e holística, en constante interacción co medio (a comunidade, a familia, as institucións, a rede social, etc.). É dicir, o que dentro desta disciplina coñécese como *persoa-en-situación*⁷⁰ (Gordon Hamilton, 1965).

⁶⁷ Hai que sinalar que no momento da realización desta investigación, a formación para obter a titulación de traballador/a social correspondíase cunha Diplomatura de tres anos de duración, sedo agora mesmo un grao de catro anos.

⁶⁸ Entre comiñas no orixinal.

⁶⁹ Tamén entre comiñas no orixinal.

⁷⁰ O concepto de persoa-en-situación implica que un caso social, debe pensarse en termos de factores interactuantes, tanto externos coma internos. Este concepto, como explica Hollis (1990), refírese á triple configuración en que consiste o obxecto e suxeito do traballo social: a situación, a persoa e a interacción que se establece entre elas.

Pola súa banda, os/as psiquiatras consideran que as súas funcións serían: o tratamento farmacolóxico e a psicoterapia (sexa individual ou de grupo). Neste caso, como xa se anunciou, tamén aparece a saturación como elemento definidor do rol, xa que a acumulación de tarefas, reduce tanto o tempo dispoñible para cada persoa que impide a realización da terapia.

Os profesionais da psiquiatría son conscientes da percepción negativa que o público en xeral ten da súa profesión, xa que ao acudir a un servizo de saúde mental, un arríscase ao estigma que isto supón. Así “esa visión negativa do psiquiatras, da medicación, de...ben..., como...que sii...que levalas ao psiquiatra será como se estivesen tolas e que non están tolas”(M.01, p. 16).

Noutro orde de cousas, a percepción do rol dos/as psiquiatras, dos traballadores/as sociais e dos psicólogos/as estruturase arredor da prescrición e seguimento da medicación dos/as doentes. Unha psicóloga di “Eu creo que o papel do psiquiatra actualmente é a revisión da medicación. Ou sexa, diagnóstico e dispensación da medicación e revisión da medicación cada certo tempo”(P.01, p. 41). Esta mesma profesional, un pouco máis adiante, pon de maneira sardónica en cuestión o papel da psiquiatría na actualidade, sinalando que

Para min e moi discutible o papel da psiquiatría. Eu de verdade, non entendo ben cal é o papel da psiquiatría (...). Ben, é que eu non sei ben pa' que me valería o psiquiatra, pero (risas)...digamos que eeh...Ben, ás veces, é necesario traballar con... Ou sexa, para un diagnóstico e para si é necesario facer un seguimento da medicación; pois ooo psiquiatra ás veces, é necesario para eses informes co diagnóstico para axudas e eses temas (P.01, p. 48).

É dicir, os/as psiquiatras ocuparíanse de “Regular medicacións (...) toda a parte máis biolóxica, máis de medicina”(P.03, p. 27). Para algún/ha profesional as reticencias cara os/as psiquiatras teñen a súa orixe na percepción dos profesionais da psicoloxía, de que os psiquiatras medican aos doentes con demasiada facilidade, unha persoa apunta que

Un psiquiatra enseguida medica, e a min paréceme que...eu non son antiquímica, paréceme que a química é moi útil e que, en moitos casos, hai que utilizala pero é que seguramente un psiquiatra lle diría que tomara un frankimazín, que...un pouquiño, e que non sei que, e que non sei cantos e...xa está. E que, volve dentro dun mes. Pero non todos os psiquiatras son así, eh? (P.02, p. 20).

É dicir, o poder (Freidson, 1970; Rodríguez e De Miguel, 1990; Turner, 1995) segue sendo unha dimensión que inflúe e constrúe as relacións entre os profesionais e os roles que asumen na súa práctica laboral. Un traballador social comenta a súa relación cos psiquiatras do hospital no que traballa dicindo “A aterraxe aí non foi simple, a aterraxe aí foi como "non entendemos que traballo facedes eee... Non me engadas máis problemas, dáme solucións. Non me veñas a contar aquí unha historia moi triste...porque eu as historias tristes as escoito dos os días”(TS.01, p. 23). Este profesional comenta que, para os traballadores/as sociais, é moi difícil manter unha coordinación cos/as psiquiatras

A nosa queixa e o que estamos intentando cambiar actualmente, é que a psiquiatría vai un pouco á súa bola (...). A miña teoría [é que] sempre foi un mundo aparte (...). Por unha banda quéixanse e séntense marxinados de que...ben, é a irmá pobre da sanidade. E, por outra banda, cando tiii...lle tendes a man e lle dis “ven aquí, súmate”. Entón, intentan de novo conservar certos privilexios que teñen e entón non se queren integrar (TS.01, pp. 16-17).

Outra traballadora social considera que os/as psiquiatras “son moi especiais”(TS.02, p. 23). Fronte ao resto de profesionais, que descoñecen o rol do traballador social o reducen á xestión de axudas de tipo económico, os traballadores sociais centran o seu rol en: a escoita empática, o consello terapéutico, a derivación a recursos, o asesoramento, o seguimento da evolución dos casos, a mediación familiar, a valoración do entrono e no feito de facilitar a integración das persoas, etc. As

axudas económicas ou os servizos sería sólo instrumentos ou ferramentas de traballo en función dun obxectivo que sería o benestar da persoa, entendida de maneira global e holística, en constante interacción co medio (a comunidade, a familia, as institucións, a rede social, etc.).

Os conflitos entre as profesións virían dados polos límites entre os distintos roles que desempeñan, e os saberes que os xustifican. Pero a este elemento súmase o poder que isto implica. É dicir, o “xogo” que se establece na sociedade para xustificar un determinado “facer”, que debe basearse nun “saber”. Un saber que debe ser específico dun grupo de persoas, ou profesionais, porque no caso contrario, xera loitas de poder e conflitos profesionais nos equipos. Un psiquiatra o explica advertindo do polémico do seu comentario,

Vou ser un pouco provocador agora, dende unha perspectiva de usuario (non se entende) Noventa por cento dos problemas que presentan os usuarios, ao mellor o que nos temos que prantexar é si requiren ou si o mundo dispón dun saber tan específico como para crear tan variopintas profesiones. É dicir, imaxinémonos calquera outro problema, estamos construíndo unha casa. Mmm? E o nivel de coñecemento de construción dunha casa é o que é, non? Imaxinemos que ten que vir un especialista en tuberías de baño, outro especialista en electricidade da cociña, outro...ben. A especialización debe aportar un saber específico, e un saber...mmm? Si a especialización non aporta demasiado ao caso, e o que estamos creando son conflitos ente profesionais, por orientacións distintas, estamos creando eee moitísima confusión ao usuario. Dalgún xeito o mesmo que primaria, mm? Ou plantexado doutro xeito. Si ti tes varias cuestións polas que che teña que levar un médico, e aquí estamos en terreo médico, podes pasar a vida de consulta en consulta no hospital, ou podes ter un profesional cun nivel de coñecementos medios, que sexa accesible a toda a poboación, e que poida resolver unha gran parte da demanda. Entran en xogo outra cuestión, non? Que é a cuestión do papanatismo. O papanatismo dos profesionais, o papanatismo dos usuarios, do papanatismo dos políticos non? Está fenomenal o ir ao especialista (...), pero o especialista que pasa? que a súa especialidade é a Larousse enteira? Ou sexa, necesítase, eu, eu quero poñer tamén en cuestión os saberes que lle outorgamos, non? Eu son médico especialista en psiquiatría, meu saber é o que é. Pero eu a Larousse enteira non a sei. Vale, e hai moitísimas cousas das que fago que as pode facer perfectamente un profesional de atención primaria, ou as pode facer o psicólogo que teño ao lado ou as pode facer una auxiliar de enfermería perfectamente. Moitísimas das cousas que teñen que ver co que fago, que ten que ver co trato, que ten que ver co vínculo, (...). Ben, hai outras profesións emerxentes que evidentemente, o que están colocadas entre, en outra historia. E isto é un asunto sociolóxico do que ti saberás moito. Hai, hai unha historia de outorgarse, dun saber, de outorgarse un saber vale? de outorgarse un saber. Por exemplo, vemos cuestións relativas áaa, á psicoloxía, por exemplo. Agora hai un debate de si o psicólogo debe colocarse en atención primaria. Saírse un pouco de da unidade de saúde mental e ser como uns psicólogos da saúde en atención primaria (non se entende). Hai como moito debate sobre esta historia que é así como moi encarnizada e que ademais é, como moi difícil eeeh opinar non? Opinar, pero imos ver. Pero vos, que ides dar, as pautas de como vivir? Ou sexa, vos vos ides colocar primeiro que é o médico de atención primaria, que está saturado, esta saturado, fracasa un fracaso, ben, pero que deber ser eeeh o manexo do caso, que teña unha visión de conxunto, o eeeh, un pouco a persoa de entrada ao sistema, a persoa que teña, ee o caso na cabeza, e entón o, o imos a (escindir) como de, como, como... Descartes non? O imos a escindir en tres (non se entende), non. Pero isto da lugar a bfff, discusións como súper encarnizadas, así un pouco tolas, súper (M.02, pp. 8-9).

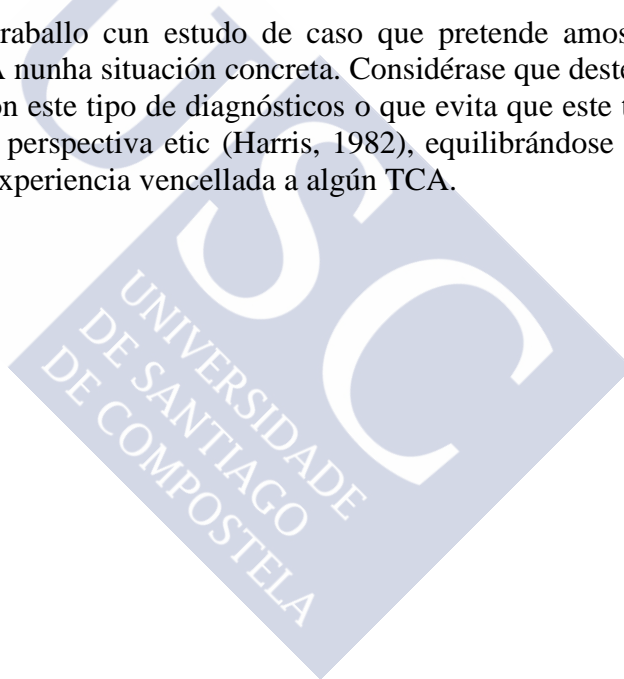
Segundo este profesional esta situación tería unha solución doada ca que “ao final o segredo da multidiciplinaridade ten que ver con factor humano, ten que ver con esta historia de diluír o rol. Ou sexa, eu podo funcionar como un auxiliar de enfermaría (...). Ou podo consultar historias que teñan que ver co traballo social, cosas pagas e tal”(M.02, p. 9). O problema sería que “a multidiciplinaridade entendeuse como parcelar ao doente, non? Como a loita que ves ás veces nas especialidades médicas (...). Xa está. Fíxose unha división e agora temos que comela. E sobre todo, a teñen que comer os doentes”(M.02, p. 10).

A partir do dito pódese colixir que as relacións establecidas entre os distintos profesionais están presididas polo conflito. Os/as psiquiatras vivencian este conflito nas relacións co resto da profesión médica, xa que estes profesionais interpretan a idiosincrasia propia da doenza mental como un elemento que rebaixa a cientificidade e erosiona a súa autoestima profesional. Por outra banda, interpretan que o resto dos profesionais cos que traballan non asumen as importantes responsabilidades que leva aparelado o traballo cas persoas con algún tipo de doenza mental.

Pola súa banda, os psicólogos/as perciben o conflito de rol cos psiquiatras polos roles a desenvolver nos equipos de intervención. Estes profesionais perciben que os psiquiatras deberían limitarse a prescribir a medicación e realizar o seguimento da mesma. Isto implicaría que a psicoterapia é percibida polos/as profesionais da psicoloxía como un eido propio desta disciplina.

No caso dos traballadores/as sociais, estes perciben un conflito tanto interno coma externo. O conflito interno concretaríase nun conflito de rol que se explicaría debido á distancia, insalvable, que estes profesionais perciben entre o rol teórico asignado polas instancias académicas e a propia disciplina (ver anexo VI) e o seu labor práctico nos servizos e organizacións onde traballan. Por outra banda, o conflito externo percíbeno debido ao descoñecemento que o resto de profesionais teñen das funcións e roles a desempeñar polos/as profesionais do traballo social. O cal provocaría que os traballadores/as sociais fosen vistos como prescindibles e innecesarios polo resto dos profesionais.

Por último, péchase este traballo cun estudo de caso que pretende amosar como se poden artellar os significados dos TCA nunha situación concreta. Considérase que deste xeito se devolve á voz, dalgún xeito, ás persoas con este tipo de diagnósticos o que evita que este traballo se converta nunha narrativa dominada pola perspectiva etic (Harris, 1982), equilibrándose esta ca das persoas que nalgún intre pasaron unha experiencia vencellada a algún TCA.



CAPÍTULO 20:

UN ESTUDO DE CASO: UNHA VOZ CON SENTIMENTOS

Que é unha voz? Son unha muller, iso é o importante
Maria

INTRODUCCIÓN:

Nunha enquisa realizada entre críticos/as especializados sobre cales eran os cen mellores cantantes do século XX, o nome da Callas aparece na quinta posición (Williams, Nicholas, Quinn, Evans, Haylock et al., 1999). É evidente o feitizo que segue exercendo esta cantante sobre os especialistas e afeccionados. Pero, de onde ven ese feitizo? A teses que intentarei defender nas seguintes páxinas, é que ven da extraordinaria capacidade da soprano grega para atrapar ao oínte mediante os sentimentos. Sempre facía gala dunha soberbia capacidade de transmisión de sentimentos. Podería dicirse que alcanzou a maridaxe perfecta entre voz e sentimento, incluso cando se trataba de interpretar as situación máis desgarradoras que se pode atopar nas operas que cantou; pensamentos de suicidio, torturas, loucura, morte do ser amado, etc. Transmisión que, tal vez, poido alcanzar a costa da súa propia vida, por vivir as situacións máis terrible. Con evidente falla dunha base emocional nutricia que lle servira de motivo de satisfacción persoal.

Proba diso é a súa interpretación do papel de Madama Butterfly. Esta ópera de Puccini relata a historia dunha geisha a principios do século XIX, con base nunha historia real. Nela contase como esta rapaza de quince anos é proposta para contraer matrimonio cun mariñeiro estadounidense. Despois de ter un fillo en común, o mariño decide abandonala (o que en Xapón naquel intre estaba equiparado ao divorcio), para casarse cunha muller de Estados Unidos, levándose con el a seu fillo. Deixa á rapaza sumida na deshonra e a desesperación, polo cal ao final da ópera a rapaza suicidase practicándose o haraquiri. A interpretación da Callas marcou estilo. Como sinala John Steane nas notas que acompañan á gravación da ópera para a discográfica EMI, a pesar do característico timbre da Callas, nesta gravación parece maquillada, para afianzar unha interpretación perfecta. Como comenta Steane: “É marabilloso, [é] a rapaza de quince anos e non a gran Callas a que esta ante nós. É case infantil a presentación a Pinkerton e a indicación aos parentes: Uno, due, tre e tutti giú. Imos presenciar o cambio de nena a muller”(Steane, 1997, pp. 10-11). Según avanza a ópera parece ir cambiando a voz da Callas, cantando o primeiro acto con unha inxenuidade e sinxeleza

deliciosa (propia da adolescente de quince anos que representa), para posteriormente ir gañando en matices.

Outra é a anécdota que rodeou as gravacións que se fixeron da aria *Ombra leggera* (Sombra lixeira) de G. Meyerbeer, na que a soprano que a interpreta debe simular uns lixeiros ecos das verbas que pronuncia. Acusouse á EMI, compañía coa que a Callas tiña un contrato en exclusiva, de manipular as gravacións no estudio, xa que se sostíña que era imposible emitir semellantes ecos de xeito natural. A polémica rematou cando en 1954 a Callas deu un concerto en San Remo en directo do que nos quedou unha gravación que atestigua a posibilidade de realizar semellantes ecos sen axuda tecnolóxica de ningún tipo.

Para alcanzar o obxectivo proposto, realizárase un breve percorrido biográfico a través da carreira desta cantante, que nos conduza a entender por que a súa vida precipitouse cara un encerro de anos nun apartamento de París, para rematar coa súa morte aos 53 anos. E profundarase no papel que xogou a súa conduta alimentaria neste triste final.

20.1. A FAMILIA

Cecilia Sophia Anna Maria Kalogeropoulos, nace en Nova York o 2 de decembro de 1923. Seu pai, George Kalogeropoulos, era farmacéutico e sua nai Evangelia Dimitriadis non traballaba fora da casa, como era habitual naquela época (Edwards, 2005).

Dende o principio a súa vida veuse marcada pola relación que tivo cá súa nai. Maria non era filla única. Tiña unha irmán, Yacinty (chamada familiarmente Jackie). A súa irmán era fisicamente o oposto a Maria. Se Maria tiña bastantes quilos de sobra, súa irmá era espigada. Se Maria era torpe e desgarrada, Jackie era elegante e chea de elegancia. E por si isto fora pouco, Maria era miope e moi corta de vista, polo que naquela época levaba unhas lentes grosas de pasta (Edwards, 2005).

Pero o drama cá súa nai pode rastrexarse incluso máis atrás. Na súa biografía da Callas, Edwards describe o intre no que Evangelia (Litza) descubre que está embarazada da cantante: "Reiteraba con machaconería o seu desexo de volver a Atenas, onde seu futuro fillo (estaba segura de que Deus lle enviaría un reemplazo de Vasily) podería ter as vantaxes das que se vira privado o irmá que nunca coñecería. Houbo feroces pelexas con George; as bágoas caeron a mares; intercambiáronse palabras acedas. O fogar era zona de guerra" (Edwards, 2005, p. 19). Así pois, Evangelia creu que Maria sería neno para substituír ao seu fillo varón morto con anterioridade, chamado Vasily (algo que ao parecer nunca lle perdoou).

Tras o nacemento de Maria, Jackie convértese no obxectivo de Evangelia, posto que aproveitando a súa beleza física pretende convertela nunha cantante de éxito.

Ata que un día produxose un golpe de sorte. Estando Maria na rúa ponse a cantar, de súpeto todos os veciños salen ás fiestras e balcóns e prodúcese un emboubamento xeralizado. Evangelia entende que debe conseguir que a súa filla reciba formación musical, e en contra dos desexos de George, busca un centro para a formación da súa filla. Con trece anos a nena converteuse no que algún crítico chamou unha "máquina de dar recitais" (Kesting, s.d.).

En calquera caso, finalmente é aceptada no Conservatorio Nacional de Atenas en 1937, a pesar de que lle faltaban tres anos para alcanzar a idade regulamentaria de admisión (16 anos).

En 1939 Maria é unha rapaza de 16 anos, cun acné terrible. Medía 1,75 e pesaba 82 quilos (Fraga, 2017). Fronte a ela, Jackie é descrita por unha das biógrafas da soprano grega como "Alta, delgada, atractiva" (Edwards, 2005, p. 45).

Pasa entón a formarse coa soprano española Elvira de Hidalgo. Esta era unha cantante retirada que non era profesora, pero que se fixo cargo da formación vocal de Maria de balde. De Hidalgo comentou nalgunha ocasión como a súa primeira impresión de Maria foi bastante negativa debido ao seu aspecto físico, a súa introversión e torpeza; pero que mudou tan pronto a rapaza comezou a facer gala do seu torrente de voz, usado sen control pero cunha capacidade de expresar emocións moi sobresaínte. A mestra unha das primeiras cousas que fai, é intentar mellorar a imaxe da

adolescente e de resultas diso, sométea a unha dieta estrita "que lle xerou un estado tal de ansiedade que ás agachadas consumía doces e comida con graxas. Como resultado de todo isto, comezou a comer máis que antes e a gañar peso en lugar de perdelo. Este modelo de alimentación empeorou o seu acné. Nembargantes empezou a vestir de maneira máis axeitada" (Edwards, 2005 p. 56).

En realidade, pódese dicir que nos temperáns inicios, a voz de Maria sería a típica dunha mezzosoprano, é dicir, máis grave que a de soprano e, polo tanto, de alcance máis curto e con menos posibilidades de levar a cabo axilidades e trinos. Pero De Hidalgo comenta como progresivamente a voz vaise adaptado á tesitura⁷¹ de soprano, ou o que é máis correcto, de *soprano sfogato*, é dicir, de soprano ampliada. Pódese considerar que "a voz de Maria tiña unha extensión dunhas tres oitavas (...) podía acometer partituras tanto de mezzosoprano (*Carmen* ou *Orfeo e Eurídice*), como de soprano lírico lixeira, dramática o de coloratura (*Norma*, *Lucía de Lamermoor*). Era un híbrido entre o rexistro grave dunha contralto⁷² e o agudo dunha soprano lixeira" (Luaces, 2003, p. 16).

Ao mesmo tempo, as relacións coa súa nai e irmá séguense deteriorando, asumindo seu pai unha posición periférica.

O seu xeito de comer seguía presentado condutas preocupantes, e máis cando Jackie comezou unha relación sentimental con Miltos Embiricos, un mozo ben posicionado economicamente e que axudou á familia. Edwards di que

Sempre fora unha lambona. E agora, coa alacena repleta, podía encher o prato e levalo ao seu cuarto, pechar a porta e comer e estudar, estudar e comer -ás veces durante a noite enteira-, mentres os demais durmían. Nunca comía coa familia. A comida converteuse nunha recompensa. Nun ano aumentara de peso de forma considerable (2005, p. 47).

A estas alturas da vida de Maria, se se utilizan os diagramas que Minuchin (2009) propón para representar a estrutura familiar, o esquema resultante podería ser:



Temos pois, un primeiro nivel xerárquico formado pola alianza formada por Evangelia e Jackie. As relacións de Maria non só eran difíciles con Evangelia, senón que esta acercou cara ela a Jackie a seu eido e isto acabou por producir o afastamento das dúas irmás. De feito, Jackie nas súas memorias dedícalle a Maria todo tipo de cualificativos de carácter depreciativo. O que non significa que, como pertencente a unha familia de orixe grego non sumira un papel de irmá maior, o que incluía un rol protector.

Máis abaixo atopamos a Maria (cuxa letra minúscula no esquema incide na súa posición de menor xerarquía e ao mesmo tempo de illamento, significado tamén polas dúas barras de separación ca díada superior). Por fin aparece George en posición periférica (o que se agrava en 1937 coa separación matrimonial) e cuxas relacións con Maria iranse reducindo ata un intre no que tan so a chamará para pedirlle que lle axude cas súas débedas ou para que lle de cartos.

Todo isto puido axudar a que se fose asentando o que Walter Legge, o produtor musical que se ocupara da maioría das gravacións de estudio para EMI, chamará un "complexo de inferioridade sobrehumano" (Legge, citado en Tanner, 2001, p. 66).

⁷¹ Tesitura: amplitude de rexistro dunha voz humana.

⁷² A voz de contralto é a voz feminina máis grave.

Nestes intres, e debido en parte ao deterioro da situación familiar, Maria refúxiase no Conservatorio. Nalgunha entrevista dixo que tras acudir ás súas clases quedábase a ver as leccións do alumnado, con que soía estar no centro ata as dez da noite.

Nestes momentos (máis ou menos na época da Segunda Guerra Mundial) Gage (2002) comenta que Evangelia obriga a Maria a prostituírse para manter á familia. Aínda que parece que os soldados dábanlle os cartos pero nunca ningún chegou a obrigala a manter relacións sexuais.

Durante os anos da Segunda Guerra Mundial, Maria engorda aínda máis. Algunha biógrafa (Edwards, 2005) argumenta que isto debeuse a que os escasos alimentos aos que se podía ter acceso, non podían conformar unha dieta axeitada debido á súa pouca variedade e o seu escaso valor nutritivo.

En 1945 regresa a Nova York, en parte cá esperanza de conseguir un contrato na Metropolitan Opera House, o afamado Met. Pero as súas esperanzas vense acedamente truncadas e finalmente non será no seu país de nacemento (USA) onde se produzo o seu debut oficial.

Polas tardes paseaba pola rúas de Nova York á pescuda dunha oportunidade para introducirse no mundo da ópera. É nese andar paseniño cando fai tres ou catro paradas cada tarde para comer. Por suposto, comida americana: hamburguesas, perritos, e doces, sobre todo doces. A mesma Maria dixo unha vez que "Estaba famenta como cando un non tivo suficiente comida que comer durante moi tempo. Comía e comía e comía e aumentei moito de peso" (Callas citada en Edwards, 2005, p. 96).

20.2. O NACEMENTO DUNHA DIVA:

Ao parecer as mencionadas representacións non tiveron un gran éxito, e en calquera caso, non redundaron en novos contratos.

Nas audicións ás que se presentaba debía enfrontarse a situacións que minaban aínda máis á súa autoestima e autoimaxe. Na primeira delas, rexeita o papel de Leonora no *Fidelio* de Beethoven, dado que o personaxe obriga á soprano a vestirse con pantalóns e chaleco como un home. Na segunda, Gaetano Merola dille "Debe perder peso. Está moi gorda para á súa idade" (Merola citado en Edwards, 2005, p. 104).

En 1946 debido quizais a estas experiencias, e someténdose de novo a unha ríxida dieta, perde algúns quilos. A través de Nicola Rossi-Lemeni, un baixo que naquel intre atopábase no cumio da súa carreira, Maria establece contacto con G. Zenatello, que buscaba unha soprano para os festivais da Arena de Verona. Finalmente o 2 de agosto, Maria debuta con cinco representacións de *A Gioconda* de Ponchielli baixo a dirección de Tullio Serafin. A presión do debut fai que volva a verse atormentada por unhas ansias salvaxes de comer, facendo aparición na súa conduta alimentaria as prácticas purgativas. Edwards dinos que "atiborrábase, vomitaba e logo volvíase atiborrar, un método que facía pouco que se impuxera. Cando o barco chegou a Nápoles, recuperara todo o peso que tanto lle custara perder" (2005, p. 109).

Tullio Serafin era un director de orquestra interesado en exhumar o repertorio belcantista. Para elo achábase inmerso na busca dunha voz que se puidese enfrontar a un repertorio árido e totalmente olvidado. A soprano era Maria.

En decembro de 1947 chama a Maria para o papel de Isolda do *Tristán e Isolda* wagneriano. As bases da carreira de Maria estaban sentadas. Solo faltaba Bellini, ao que chegou en 1949, representando ao mesmo tempo *I puritani* e *As Valquirias*.

T. Serafin saberá dirixir a súa carreira e aconsellarlle os papeis que lle conveñen á súa voz. Aínda que ás veces exaxerouse a influencia deste director sobre as súas decisións, existindo probas de seus grandes esforzos para que se lle deixase cantar óperas como *Norma*, debendo ao principio de negociar contratos nos que o repertorio belcantista se lle "permitía" si cedía e cantaba ópera máis en boga naquela época.

Por outra banda, en 1947 durante as mencionadas representacións da Arena de Verona, coñecera tamén a Meneghini. Este era un empresario italiano de 52 anos. Edwards o describe como:

"Baixo, barrigudo, con ollos de moucho, calva incipiente e dobre papo (...). Sen embargo, tiña "algo atractivo" (...) unhas boas maneiras que denotaban interese, unha certa sofisticación e un aura de éxito" (Edwards, 2005, p. 113). Meneghini dáse conta inmediatamente de que a Maria gústalle. En pouco tempo inician unha relación. Maria ten uns 23 anos e pódese calcular, rastrexando as diferentes biografías da soprano, que pesa uns 87 quilos.

Chegado un certo momento ela quere casar, pero el está moi mediatizado por unha nai autoritaria ante a que el asumía unha posición submisa, xerando unha relación de tipo dependente. Así orixínase unha gran tensión entre Maria e a que debería ser a súa futura sogra, ao punto de que semella que as primeiras verbas que esta lle dirixe a Maria son: "Afástese de meu fillo (...) Non quero que salga con el. As mulleres do espectáculo coma vostede non están feitas para sacar adiante unha familia. Quero ao lado de meu Titta⁷³ a unha muller coma min: unha muller que lle poña un prato quente pola noite" (Signorini, 2009, p. 111). Maria, unha persoa independente e de forte carácter, monta en cólera e inicia un progresivo distanciamento desta muller que quería impedir a súa voda. Pero ademais da nai de Meneghini, seus irmáns tamén se opoñían á voda de Maria.

Estamos en 1948 e Maria volve de novo á Arena de Verona, esta vez para representar *Turandot*. Esta é unha das óperas máis esixentes para unha soprano. Un papel que ten rematado coa voz de vaías sopranos ao longo da historia. E aínda que a Callas era famosa por ter un das máis amplas que se coñecen -alcanzaba case as tres oitavas- fora á presión de enfrontarse a este temible rol ou non, o certo é que a cantante grega volvía estar deprimida e enganchada a condutas alimentarias perniciosas "roubaba comida, levábaa ao cuarto, comía en soidade e a escondía -debaixo da cama, no botiquín ou no seu armario- para pasar noites sen durmir e chea de ansiedade" (Edwards, 2005, p. 132).

Ao fin Meneghini proponlle matrimonio e a cerimonia ten lugar o 21 de abril de 1949 en Verona. Ao enlace case non acoden membros da familia Meneghini, e pola parte de Maria non acoden nin Jackie nin seus pais.

Meneghini ocúpase a partires de entón das tarefas propias dun representante, asumindo a responsabilidade de negociar os contratos e ir elixindo os derroteiros que toma a carreira profesional da súa esposa. Tarefas que non sempre levou a cabo cá dilixencia debida tomando decisións que prexudicarían o futuro da súa cónxuxe. De feito, cando rompe o matrimonio, na conta bancaria da cantante só quedaban 75.000 dólares; o resto do que gañara Maria ao longo do tempo fora transferido por Meneghini a unha conta só a seu nome que a súa dona non podía usar; ou Meneghini llo dera á súa familia (Edwards, 2005).

En 1949 Maria alcanza os 90 quilos (Edwards, 2005) ou aínda máis, xa que a que se convertería na súa modista de referencia, a deseñadora Biki parece que comentou que na primeira visita da cantante ao seu establecemento superaba os 100 quilos (Gage, 2002).

A estas alturas, temos unha muller nova que pesaba entre 90-100 quilos, que presentaba grandes dificultades para durmir, que intentara todo ao seu alcance para baixar de peso. Unha persoa cun perfeccionismo, que algunha persoa chegou a tildar de extremo (Edwards, 2005). Unha rapaza que mostraba unha enerxía desbordante, ao punto que se pode identificar cá hiperactividade que producen algúns dos TCA. E que mostraba unha conduta alimentaria que parece que vai evolucionar dende a bulimia, coa inxesta (ou atracóns), cara a anorexia, como se verá a continuación.

Pero para que se puidese producir a eclosión definitiva da diva da crisálida na que estaba encerrada, aínda faltaba unha parte da transformación quizais a máis misteriosa e sorprendente.

No parágrafo anterior estámonos referindo á súa sorprendente transformación física. En 1953 Maria viu *A princesa que quería vivir*, unha película de Audrey Hepburn⁷⁴. Pregúntalle a Luchino Visconti si sería fermosa se fose coma a Hepburn, Visconti contéstalle que estaría demasiado

⁷³ Titta é o diminutivo cariñoso co que a nai de Meneghini dirixíase a el.

⁷⁴ Signorini (2009) da outra versión da historia. Este autor comenta que Maria viu *Vacaciones en Roma* e que a asistente da Callas comentoulle que se lle asemella.

delgada (Edwards, 2005). Gage (2002), pola súa banda, sinala o papel que xogou a propia conciencia de Maria da importancia da figura nas representacións dramáticas. A propia Callas comentaría que "Cría -como muller de teatro que era e son- que necesitaba unha papada e un pescozo moi delgados e pronunciados" (Callas citada en Gage, 2002, p. 115). A partir de aí o que sucede entra en parte, no terreo da lenda.

Antes desta data, Maria intentara todo para adelgazar: masaxes, barros termais, electroestimulación, produtos homeopáticos, e un largo etcétera e pseudos remedios, pero ningún deles deu o resultado apetecido (Edwards, 2005).

O certo é que, ninguén sabe con certeza como logrou perder tantos quilos en tan pouco tempo e as distintas biografías presentan varias posibilidades. Anque estas pódense reducir a dúas e unha terceira (que sería a mestura das dúas anteriores): unha dieta de once meses extremadamente ríxida e severa, a base de carne crúa e ensaladas (Edwards, 2005), a inxesta de ovos de tenia, xa sexa de xeito involuntario (Gage, 2002) ou voluntario (Signorini, 2009) e a compatibilización de ambos remedios.⁷⁵ En calquera caso, nun breve período de tempo perde entre 30 e 35 quilos, esa é a realidade.

A mesma Maria suxeriu a existencia de dúas persoas. Unha muller tímida, cunha vida moi dura, socialmente illada (Maria). E unha interprete de ópera que medraba no escenario; a Callas (á cal Maria usaba como escudo contra as dores e os ataques externos). En definitiva: Callas (o personaxe público que cantaba) e Maria (a persoa, que vivía e sufría).

A transformación física da Callas, sumado a un intelixente uso da mercadotecnia e da moda⁷⁶ (pola que sempre sentira un gran interese), Maria comeza a ocupar as portadas das revistas (de interese xeral ou especializadas) máis influentes do mundo: *Time*, *Life*, etc.

Táboa 131: Evolución do peso de Maria Callas e da valoración médica do mesmo

Ano	Idade	Peso	Índice de masa corporal	Valoración médica
1939	16 anos	82 quilos (Edwards, 2005)	26,79	Preobesidade
1947	23 anos	87 quilos (Edwards, 2005)	28,43	Preobesidade
1949	25 anos	90 quilos (Edwards, 2005)	29,41	Preobesidade
1952	28 anos	95 quilos (Gage, 2002)	31,04	Obesidade tipo I
1953	29 anos	+ 100 quilos (Gage, 2002)	32,67	Obesidade tipo I
1954	30 anos	53 quilos (Gage, 2002)	17,32	Infrapeso leve
1955	31 anos	52 quilos (Edwards, 2005)	16,99	Infrapeso moderado
1957	33 ⁷⁷ anos	45 quilos (Edwards, 2005)	14,70	Infrapeso grave

Á altura de 1955 pesa 52 quilos e fálase dun perímetro de cintura de entre 51 e 56 centímetros. Pero aínda isto non evita que siga enganchada a condutas que non a beneficiaban en absoluto:

- Unha dieta estrita a base de froita e carne crúa.
- Algunha tempada de ópera especialmente intensa.
- O seu perfeccionismo, que a levaba nos ensaios e gravacións a repetir ata á saciedade pequenos acordes para conseguir o máis mínimo matiz, e que os alongaba ata o infinito.
- O feito de que non se sabe se tomaba pastillas para adelgazar ou suplementos alimentarios. En calquera caso, o que si se sabe é que tomaba moitas vitaminas e fármacos homeopáticos sen receita.
- Continuos e constantes cambios de peso debido ás etapas de restrición de inxesta e ás etapas de tendencia á sobreinxesta (atracción) e uso de métodos purgativos.

⁷⁵ Signorini (2009) comenta que se lle chegou a suxerir o uso de cocaína, o que Maria rechazou porque lle afectaría á súa voz.

⁷⁶ A partir deste intre vestírase nunha casa de modas exclusiva: Biki.

⁷⁷ Para establecer o peso faise unha extrapolación a partir da información proporcionada nunha das biografías consultadas. Considerando que nela fálase dunha perda de "sete quilos durante as breves estancias transcorridas en Edimburgo e Venecia" (Edwards, 2005, p. 239). Reducíndose en 7 o último peso dispoñible nas obras consultadas.

Téñase en conta que aínda que Maria, ao parecer, nunca pasou da obesidade tipo I. É dicir, nunca pasou ao tipo II ou III; sabendo que para diagnosticar o tipo II hai que ter un índice de masa corporal superior a 35. Aínda así, nas descrições de Maria falan de mullerona. Dise dela que usaba zapatóns ou que as súas pernas eran semellantes ás dos elefantes (Edwards, 2005). Dado que parte destes apelativos ou descrições, foron públicos e a propia cantante oíu algún deles, podemos imaxinarnos que tipo de reaccións emocionais tivo ante os mesmos. Por outra banda, cando alcanzou os 53 quilos todos eran encomios nos medios de comunicación, aínda que Fraga (2017) comenta que o seu peso debería ser duns 70 quilos.

Este proceso de entrada no escaparate público o lograra en parte a través do uso dunha ferramenta moi intelixente. Nese intre en Estados Unidos desenvolvía o seu traballo unha periodista de moita influencia: Elsa Maxwell. Esta muller impulsaba e destruía carreiras a seu antollo, chegando a utilizar ás súas animadversións persoais para valorar a valía profesional dalgunha persoa. De aí que fora unha das xornalistas máis odiadas do momento. Maria gañouna cas súas zalamerías (rumoreábase que Elsa era lesbiana, e nalgún intre chegou a insinuar maledicentemente que a Callas cedera aos seus desexos).

Isto a prepara para asumir definitivamente o seu papel de diva, que neste caso complementábase ca faceta de icona da moda.

Pero isto non debe ser óbice para crer que a Callas alcanzou fama mundial como consecuencia dun uso intelixente dos medios. Maria era una perfeccionista absoluta. Chegaron hasta nós gravacións dalgúns dos seus ensaios, e temos as transcripcións e gravacións das clases maxistrais que deu no conservatorio Juliard. Neles podemos oír á cantante repetindo algunhas frases ata o delirio. Así, por exemplo, na gravación de *Tosca* que interpretou baixo a dirección de Victor de Sabata (unha gravación que soe invocarse usualmente como a mellor gravación de ópera da historia⁷⁸), a cantante obsesionouse ca interpretación da frase "E avanti a lui tremaba tutta Roma (e ante el tembraba toda Roma)" que a soprano recita, non canta, tras asasinar ao tirano que a acosa sexualmente e que acaba de torturar á súa parella. O produtor chegou a dicir que tardaron hora e media en gravala.

Por outro banda, debido á miopía que tiña e que non soía levar lentes nas súas aparicións públicas usaba os ensaios para aprender de memoria a colocación do atrezo no escenario para non tropezar no medio da representación⁷⁹.

A súa consagración definitiva a alcanza usando como trampolín definitivo un dos teatros de ópera máis famosos e exixentes do mundo: A Scala de Milán.

Pero A Scala xa tiña a súa diva particular, a soprano Renata Tebaldi. Ao que hai que engadir que a xefatura do teatro a ostentaba o director Arturo Toscanini, home osco, seco e de difícil carácter e acceso, cuxa soprano favorita, á que sempre contrataba era á Tebaldi (a quen chamaba "o anxo").

O acceso ao inexpugnable Toscanini, proporcionoullo o mestre Verdi. O compositor italiano cando compuxo *Macbeth* puidera dedicarlle máis tempo que as súas óperas anteriores. De feito ao borrador inicial desta obra a denominaba "a selva" (Caso, 2001). Máis tarde lle encargou a un dos seus libretistas habituais, Piave, que escribise un libreto con poucas verbas. Chegando a convencerse de que finalmente conseguira unha obras mestra. En concreto, para o papel de Lady Macbeth tiña en mente unha voz cun color desagradable que encaixase ca baixeza moral do personaxe.

⁷⁸ O produtor desta gravación, Walter Legge bromeou nalgunha ocasión dicindo que se usaran miles de micrófonos para as tomas de son.

⁷⁹ Maria chegou a dicir nalgunha ocasión que non veía máis alá da cuncha do apuntador e que só distinguía unha masa indivisa en vez dos rostros do público (o que, por outra banda, aumentaba a súa seguridade pois lle permitía ausentarse e cantar como si estivese soa).

Toscanini, perfeccionista irredento, pretende cumprir os desexos do compositor. Maria ten unha audición có director no que canta con Toscanini ao piano, sen poder ler a partitura porque a súa miopía non llo permite (Maria dirá que nese intre pensa no seu irmá Vasily, morto hai anos). A diva inicia o seu canto e o director italiano a anima a cantar sen deterse. Finalmente, Toscanini sen dubidar, lle di que é a Lady Macbeth que busca e que ao día seguinte terá un contrato de A Scala no seu hotel.

20.3. MARÍA VERSUS CALLAS

En 1957 despois dunha tempada de ópera que a deixa exhausta e que a leva a perder de novo 7 quilos, vai a unha revisión completa. Os facultativos recoméndalle descansar un mes e lle din que está por debaixo do seu peso, polo que debe engordar a lo menos 5 quilos (Edwards, 2005).

Gabriele Santini que a coñecera en 1954 comenta "Quedei impresionado polo delgada que estaba" (Edwards, 2005, p. 252). Ten dores de estómago, grandes dificultades para facer de ventre e hemorroides.

O 3 de setembro de 1957 (funesta data), Elsa Maxwell invítala a unha festa. Elsa senta a Maria na mesa onde se sentaría un amigo dela, que lle insiste en coñecer datos sobre Maria. Tamén e grego. Seu nome: Aristóteles Onassis.

No Nadal do ano seguinte, Onassis invita ao matrimonio Meneghini a pasalas no seu iate *Christina*. Tanto o matrimonio de Onassis coma o de Maria estaban moi deteriorados. Tina (a muller de Onassis), mantiña un romance co xoven Renaldito Herrera, e seu marido para non ser menos, mantiña unha relación con Jeanne Rhineland. Por la súa parte, Maria descubriu que seu home estaba transferindo as súas ganancias a unha conta bancaria privada, e enviando grandes sumas de cartos aos membros da súa familia. Situación que non fixo máis que agravar a crise que xa viña arrastrando o matrimonio (Edwards, 2005).

Durante ese cruceiro iníciase ou se afianza, a relación entre Maria e Onassis (sobre isto difiren as distintas biografías). Dous días despois de volver do cruceiro Maria pídlle a Battista que abandone o fogar conxugal. Pola súa banda, Onassis fala ca súa esposa asegurándolle que a protexerá a ela e aos seus fillos ata onde lle sexa posible, e que non quere o divorcio, pero que vai a manter unha relación con Maria que pronto será do dominio público (Edwards, 2005).

Nestes primeiros momentos da súa relación con Onassis concéntranse os poucos momentos felices que compartirán. Como sinala Edwards: "Onassis era o principal obxectivo da súa nova vida" (Edwards, 2005, p. 317).

Profesionalmente tamén acaba por conquistar algúns dos últimos teatros que se lle resistían. O 19 de decembro de 1958 debuta na Ópera de París, algo co que a propia Maria soñaba desde nena.⁸⁰

Pero pronto o encanto requesbraxase. En 1959 Maria queda embarazada e o neno morre ás dúas horas de vida⁸¹. O pequeno é enterrado baixo nome falso: Omero Lengrini, o 30 de marzo de 1960 (Gage, 2002).

Ao parecer facía pechar o cemiterio onde se enterrara seu fillo os primeiros luns de mes para poder visitar a tumba en privado. A dor a acompañará hasta o final da súa vida⁸², en forma dunha foto tomada por ela mesma o 30 de marzo. Anos antes, Evangelia tomara outra fotografía a Vasily con unha pequena garabata vermella metido xa no seu diminuto cadaleito (Signorini, 2009).

E a partires dese intre iniciase un progresivo distanciamento da Callas e Maria, esta chegou a dicir: "Ata o de agora vivín para o canto. A partires de hoxe viverei para Aristó⁸³. Son unha muller nova. Hoxe nace Maria. La Callas xa viviu dabondo" (Signorini, 2009, p. 181). En 1970 afirmou:

⁸⁰ Consérvase una foto en picado un segundo antes de pisar o escenario deste teatro, no que Maria ten unha expresión nos ollos reveladora da crucial importancia do momento.

⁸¹ Previamente se lle diagnosticara unha retroversión do útero, o que facía que os seus embarazos, de producirse fosen especialmente delicados. A pesar disto, ao parecer, a morte do pequeno prodúxose por insuficiencia respiratoria (Gage, 2002).

⁸² Pódese escoitar o corte da banda sonora correspondente ao *Senza mamma bimbo tu sei morto* (sen mamá fillo meu morres) da ópera *Suor Angelica* de Puccini, onde unha nai lamentase da morte de seu fillo sin poder estar a seu carón.

⁸³ Diminutivo cariñoso co que Maria chamaba a Onassis

“Son unha criatura do destino. O destino elixiume, quíxome así. Estou fóra de min e asisto á miña vida desde o exterior” (Luaces, 2003, p.14).

A afectación da voz empeza a ser patente. En Roma, estando en plena representación da *Norma* de Bellini debe interromper a representación por un fallo na voz. En A Scala canta un *Prata* penoso. Os motivos deste deterioro, como a miúdo pasa cás cousas que se refiren á Callas, non están claros. Algúns aluden a súa fulminante perda de peso, outros sinalan que se equivocou ao elixir o seu repertorio, xa que chegou a ter un dos repertorios máis amplo coñecidos. Non só polo número de óperas, senón tamén pola amplitude de estilos (o que levou a súa voz ao límite da tesitura posible). Chegou a cantar parte do verismo, o bel canto, Wagner, Weber, Beethoven, Verdi... Tamén están os que, dun xeito un pouco irrealista, usan o feito de que cantara a *Turandot* de Puccini. Ópera con fama de danar as voces que quen as canta, debido aos límites que exige o rol principal, ao igual que sucedera có *Othello* de Verdi no caso dos tenores. Finalmente cóntase que unha vez Maria preguntoulle á mezzosoprano Guilietta Simionato por que sempre lle bailaban o natural e o bemol, ao que a Simionato dixo que empezara a cantar moi nova sen ter un dominio perfecto da voz, polo que berraba en vez de cantar, ao que se sumaba que interpretaba un repertorio demasiado amplo polo que rematou por danarse o diafragma que rematou por perder a elasticidade impedindo á cantante alcanzar as notas máis altas (Luaces, 2003).

Signorini (2009) debuxa un retrato da relación de Maria e Onassis non especialmente compracente. Presenta a Onassis coma unha persoa ruda e sen ningún tipo de educación nin consideración. Di ademais que era alcohólico e chega a dicir: "a Maria aterrorízana as súas borracheiras. Sabía que cando Ari esta fora de si, transformábase nun demo, capaz de ferila mortalmente" (Signorini, 2009, pp. 215-216). Que se esconde tras estas verbas? Está insinuándose que Maria era maltratada por Onassis? Cítanse estas frases coma testemuño da súa posible veracidade, sen entrar no fondo para que cada quen poida sacar a súa propia conclusión.

O 19 de maio de 1962 Maria inicia o verdadeiro camiño cara o inferno. Ese día acude ao famoso cumple anos de JFK no que Marilyn cantoulle o *Happy birthday*. Ía na compañía de Onassis. E foi aí onde Onassis coñece a Jackie Kennedy. Tras o asasinato do presidente norteamericano, Onassis decide casar con Jackie, ao parecer por razóns ligadas ás súas ansias de poder (Gage, 2002).

Maria inxire unha sobredose de barbitúricos, é ingresada no Hospital Americano de París. Ao día seguinte emite unha nota de prensa na que se explica que se equivocou na doses de tranquilizantes que tomara. Dous días máis tarde Onassis casa con Jackie Kennedy (Gage, 2002).

A partires de entón a relación de Onassis e Maria convértese nunha serie de encontros e desencontros, dominados pola insistencia de Onassis e a resistencia de Maria por deixarse envolver nunha relación que a facía sentir un segundo prato.

Maria inicia un proceso de encerro na súa casa de París, no número 36 da Avenida Georges Mandel. Encerro que só abandonará en contadas ocasións. Unha delas foi a xira de concertos que deu entre 1973 e 1974 acompañando a Giuseppe di Stefano, un tenor có que cantara no seu momento de esplendor e có que algúns biógrafos (Gage, 2002) aseguran que tivo unha relación sentimental durante esta xira. Nas gravacións deses concertos evidenciase a enorme afectación que sufrira a voz da cantante. Dise que nos derradeiros anos de vida solía pechase horas enteiras a escoitar as súas antigas gravacións, quen sabe si lamentándose polo seu tesouro perdido.

O 6 de marzo de 1975 Maria vai a ver a Onassis ao Hospital. Este xa está moi grave e baixo os efectos da morfina. A familia non quería que fora a velo, pero ante a insistencia do navieiro, que aínda baixo os efectos dos tranquilizantes non deixa de recitar o nome de Maria, finalmente a irmá de Onassis a chama para que vaia a velo.

Por fin o 15 de marzo de 1975 Onassis morre no hospital de París.

O medo que Maria sempre sentira a estar soa agudízase alcanzando tintas patolóxicas. Paga aos seus empregados paga dobre para que queden con ela os fins de semana. Obsesionada polo acoso dos paparazzi pechase na casa sen saír, e mesmo chega a non abrir as fiestras por medo a que a

fotografien a través delas. Só permitía abrilas a altas horas da madrugada, cando ela cría que os reporteiros gráficos xa non a acechaban.

Quixera rematar estas páxinas cas melancólicas palabras de Alfonso Signorini, no intre en que este relembra o día en que Maria morre:

Esa mañá Maria erguérase especialmente cedo, aínda que non durmira ata as cinco e media. Gustáballe escoitarse ata ben entrada a noite, cando todo París durmía. Poñíase os cascos e escoitaba á gran, á insuperable, á divina Maria Callas. Durante a noite revivían como tantos outras pantasma, Norma Violetta, Tosca, Lucia. Poñía o disco de vinilo no tocadiscos e, como por encanto, mentres se escoitaba, abría e pechaba a boca coma un monicreque e movíase coma si estivese recitando no escenario de A Scala ou do Metropolitan. A veces chegaba mesmo a seguir a gravación ca súa propia voz. Pero ao final o agudo sempre lle faiaba e Maria dobregábase de dor ante a súa propia impotencia. Non obstante, a emoción que sentía ao revivir eses intres será irresistiblemente máxica. A lúa penetraba polos amplos ventanais do salón para bañar de prata toda a casa. E aínda que fora por uns instantes, como por un milagre, Maria volvía a ser a Callas de antes (Signorini, 2009, p. 268).

Edwards comenta: "Por dentro sentíase condenada a ser a rapaciña con sobrepeso que nunca fora capaz de gustar sequera á súa nai" (2005, p. 470). Deixémolo aquí porque aínda que poida parecelo, nunca chegou a morrer, de feito revive moi a miúdo no meu salón, acompañándome ca súa inconfundible voz tan cargada de sentimento que creo que foron a súa gloria e a súa desgraza. E que ao final a mataron para facela eterna. Miñas donas, meus cabaleiros: A Callas vive!.

20.4. CONCLUSIÓNS

Daquela, deste caso pódese concluír que unha persoa que cando tivo o seu maior peso non pasou nunca da obesidade tipo I viu a súa vida moi influenciada por este. Ata o punto de que, en parte presionada polo seu entorno decidiu baixar de peso para mellorar a súa imaxe, tanto persoal como profesional.

Pódese observar como ese impulso ao cambio, conduciu a esta persoa a entrar no camiño da alteración das súas condutas alimentarias ata alcanzar o infrapeso; o que, socialmente, foi "recompensado" polas loubanzas cara á súa nova imaxe.

Por outra banda, nun momento como os anos cincuenta e sesenta do século XX, pódese ver que a presión sobre a imaxe feminina existía, e xa fomentaba un canon dunha delgadez mesmo por baixo dos parámetros saudables fixados pola ciencia médica. Esa presión era exercida polas persoas do entorno e os medios de comunicación, e mesmo os/as profesionais que "axudaron" a esta persoa a rexir a súa vida por pautas alimentarias totalmente nocivas.



CONCLUSIÓN



CONCLUSIÓN

É impresionante, impresionante, impresionante (...) porque ademais te dan unha imaxe do adolescente tan dee eh é bo, é o que hai que conseguir, e sobre todo, pois algunhas pacientes claro, de repente teño poder e control sobre algo. É dicir, cando as cousas se me van das mans: non me van ben os estudos, non me vai ben na casa, de súpeto eu descubro que podo controlar o que como e o que non como. Entón, iso, se quedan aí enganchados (...). E tamén probablemente, co que si se entende o eh como un control, teño control sobre algo pois, bueno, claro, tamén é a adolescencia un período de xogos, aí dee, eh controlo, me controlan. E ás veces acábase transformando nun acto de rebeldía, porque se me controlas tanto eu teño que ter certo poder e ás veces o atopo nunha vía tan terrible como esa.

M.05, p. 6

Tras o longo percorrido levado a cabo nesta investigación compre rematala cunhas breves conclusións que resuman os principais achados da mesma. Vanse expoñer, en primeiro lugar, os resultados obtidos co estudantado, para logo centrar a atención nos tres colectivos profesionais analizados. Remátanse estas conclusións retomando as hipóteses de partida que se anunciaban na introdución deste traballo, para finalizar esta tese presentando as liñas de investigación que quedarían abertas para a realización de futuras investigacións.

Comézase coa percepción dos TCA do estudantado. En relación a este asunto este colectivo amosa unha baixa capacidade de recoñecemento dos TCA xa que adoitan a identificar a estes preponderantemente ca bulimia, en detrimento da anorexia. Por outra banda, parte do estudantado alude a outro tipo de TCA, cando nos grupos de discusión os únicos diagnósticos aludidos polos/as participantes son a bulimia e anorexia. Por outra banda, o estudantado vencella nun alto grao os TCA a persoas con baixa autoestima. En canto á percepción dos TCA estes son identificados con trastornos cunha etioloxía situada en causas de tipo psicolóxico, xa que, segundo as persoas enquisadas as enfermidades defínense como alteracións físicas mentres que os trastornos serían alteracións psicolóxicas. Asemade, os enquisados/as opinan que a sociedade –o público en xeral-, non ten suficiente información sobre os TCA. E que a que teñen, ademais, non é correcta.

No tocante á percepción dos tratamentos dos TCA do alumando. Explicouse como os profesionais considerados máis útiles e necesarios por parte do estudantado son, por orden de importancia, o psicólogo/a o/a dietista/nutricionista e o/a psiquiatra. Por outra banda, o tratamento percibido como máis útil é o terapéutico que é elixido pola práctica totalidade das persoas enquisadas. Aínda así, cando se lles preguntou pola posible utilidade doutro tipo de sustancias o estudantado valorou en altas porcentaxes como moi útil o uso de antidepresivos, vitaminas, remedios naturais e tranquilizantes/calmanes. Sendo elixidos en moita menor medida a acupuntura e os somníferos. Asemade, os TCA son percibidos como trastornos cun bo pronóstico en caso de

recibir axuda profesional, xa que arredor do 20% das persoas enquisadas pensa que a recuperación será total, e algo máis da metade dos enquisados pensa que se poden curar aínda que de cando en vez pode facer a aparición algún tipo de recaída. Sentíndose o alumando pouco confiado en poder axudar a unha persoa que sufrise este tipo de trastornos a esas alturas da súa formación, aínda que un 41% do estudantado si se sentiría confiado en poder axudar a unha persoa con ese tipo de diagnóstico. O estudantado percibe que as persoas cun TCA non buscan axuda debido a que: pensan que poden controlar o seu problema ou que a súa situación non require tratamento, teñen medo a ser rexeitados, ou criticados, tamén temen ser considerados enfermos/as mentais e teñen medo de ser rexeitados polos demais.

Asemade, viuse como o estudantado vese afectado polo estigma da doenza mental. En concreto o alumnado etiqueta ás persoas cun TCA como persoas débiles, imprevisibles. Aínda con isto, non se produce no alumnado desexos de manterse alonxados destas persoas. Así pois, os alumnos/as si que se amosan dispostos a manter unha relación social superficial cunha persoa que teña un TCA, pero as reticencias aumentan segundo o fan o nivel de intimidade que implica a relación proposta; ata alcanzar o seu cumio na relación sentimental que provoca que preto do 30% dos enquisados/as non quixeran manter esa relación, ou o farían con moita reticencia.

En relación á variable da experiencia persoal da enfermidade no estudantado atopáronse dúas tendencias diferenciadas. Por unha banda, aquelas persoas que si teñen un familiar ou amigo cunha doenza metal tenden a darlle máis importancia a factores como a autoestima, a ansiedade ou un TCA diferente á anorexia ou a bulimia (sempre comparándoos cos que non o teñen). Así esta parte dos suxeitos de estudo non atinan plenamente co diagnóstico descrito na *viñeta clínica*, aínda que si amosan determinada tendencia a sinalar aqueles factores de risco clinicamente máis vencellados á etioloxía do trastorno sobre o que se pregunta. Por outra banda, os que non teñen familiares ou amigos con enfermidades mentais tenden a relacionalo con maior frecuencia con factores como: o estrés ou o feito de estar seguindo unha dieta non axeitada. Así pois, neste caso, tenden a relacionar a descrición da *viñeta clínica* con factores ambientais, de tipo máis social, como os mencionados. Menos ligados a entidades nosográficas da saúde mental. Daquela, aqueles enquisados/as que teñen experiencia da enfermidade son máis conscientes -aínda que non foran capaces de diagnosticar con acerto o caso que se lles presentaba-, que están ante unha problemática que ten máis gravidade, mentres que aqueles que non a teñen volven a amosar porcentaxes de resposta máis alto en aqueles ítems que están relacionados co social, especialmente co estigma. Ademais, os enquisados/as que tiveron experiencia da enfermidade: consideran que o doente cree que o problema que está a pasar é algo temporal, que sente vergoña polas súas condutas ou pensamentos e que pode sentir medo por estes. Semellan tamén ser conscientes do alto nivel de estigma que existe con respecto á doenza mental ao sinalar o medo a ser considerado un enfermo mental como factor explicativo en máis da metade dos casos. Isto revélanos novamente como as persoas que non tiveron contacto coa enfermidade na súa contorna tenden a establecer causas explicativas máis relacionadas co ámbito social ou a vida social do suxeito.

No capítulo 14 viuse como a variable xénero exerce unha grande influencia na percepción dos TCA do estudantado, algo que se repetirá nos resultados obtidos dos/as profesionais. As situacións descritas nas viñetas clínicas foron máis correctamente identificadas cos TCA no caso das mulleres xa que o 56,1% das persoas enquisadas atinaron co diagnóstico de anorexia da viñeta clínica (fronte ao 51,5% no caso dos homes). Isto repítese no caso da bulimia como se pode ver na táboa 110. Pero máis alá da identificación do trastorno concreto do que se esté a falar a propia percepción dos TCA muda se se fala de homes ou de mulleres. No caso masculino ás causas dos TCA son atribuídas a factores psicolóxicos, son consideradas trastornos⁸⁴ e o estudantado considera que o tratamento máis axeitado, en case todos os casos⁸⁵, sería a través do uso de antidepressivos e

⁸⁴ Debe recordarse que segundo os resultados dos grupos de discusión o trastorno sería de menor gravidade que a enfermidade.

⁸⁵ O patrón non se cumpre en todos os casos debido a que a xerarquía non se mantén nalgún caso no caso da bulimia.

tranquilizantes/calmantes. A diferenza do dito, no caso feminino ás causas preponderantes dos TCA atribúense á influencia dos medios de comunicación. Por último, o alumnado asigna a autonomía como valor predominante ao home, algo que por outra banda, o imaxinario patriarcal ven vencellando á masculinidade ao considerar que o home podería saír por si mesmo desta situación. Pero, no caso feminino é maior a asignación da debilidade persoal ao estigma desta doenza mental. Asemade, tamén é superior no caso das mulleres á asignación de imprevisibilidade ás persoas con algún TCA.

Pola súa banda, no caso dos profesionais cada unha das profesións estudadas amosa a súa percepción dos TCA orientada por un imaxinario social distinto. Os/as profesionais da psiquiatría explicitaron que durante a realización do MIR son socializados nunha comprensión bioloxicista da doenza mental, interpretando isto como un intento de homoxeneización co resto da profesión médica. Porén amosan unha percepción reducida á dimensión biolóxica da enfermidade, daquela sitúan a causa dos TCA en alteracións do cerebro, e valoran a medicación como elemento que os iguala ao resto dos seus colegas médicos. Os/as profesionais do traballo social amosan unha percepción dos TCA orientada polo imaxinario sociolóxico, o que “oculta” a dimensión biolóxica e psicolóxica da doenza, vencellando os TCA ao entorno, a transaccións relacionais e a situacións estruturais. E, por último, os psicólogos/as perciben os TCA dende o imaxinario psicolóxico; o cal, de novo fai opacas as dimensións biolóxicas e sociais da enfermidade. Os síntomas deste tipo de trastorno, neste caso, percíbense como síntomas -ou sinais- dalgún desequilibrio ou trastorno psicolóxico encuberto.

Os significados a partir dos que perciben e constrúen os TCA os/as profesionais son, de novo, os de control, tempo, obsesión e adicción. Todos eles cando se introducen no tipo de sociedades posmodernas e sometidas á influencia das novas tecnoloxías aumentan o risco -vía introdución da prevención, que se sitúa en mans destes profesionais-, proceso favorecido pola medicalización dos problemas da vida cotiá que son resignificados como patoloxías ou enfermidades.

Por outra banda, os/as profesionais, como pasaba no caso dos estudantes, consideran que os medios de comunicación xogan un papel decisivo como instancias transmisoras dun patrón de beleza que domina na actualidade, sobre todo a través da publicidade. O problema sería que este canon de beleza é inalcanzable, xa que vencella a imaxe a unha perfección que non existe na realidade. No que atinxe á imaxe, expuxéronse os resultados da revisión da publicidade feita polos/as profesionais nos medios. Daquela, comprobouse que os tratamentos aos TCA só foron mencionados en pouco máis do 20% dos centros; cun nivel de mencións moi baixo e centrados sobre todo en tres doenzas: os trastornos de alimentación, a anorexia e a bulimia. Destacando, a inclusión nunha serie de centros a obesidade como doenza mental, o que reaparece nas entrevistas que se fixeron mesmo vencellado ao estigma.

Os profesionais neste sentido, recoñeceron que eles mesmos están afectados polo estigma dos TCA. Vencellan o estigma ao feito de ás veces co xeito de tratar ás persoas, ou cas maneiras de intervir, non se lles permite aos/ás pacientes exercer a súa autonomía. Ademais, a percepción do estereotipo de persoas que poden ter un TCA, sitúa ás mulleres como as persoas que poden ter este tipo de trastornos, xunto aos homosexuais, xa que, segundo os/as profesionais os homes, ou non teñen TCA, ou ben estes adoptan outra fenomenoloxía (vigorexia, etc.). A isto súmase o feito de que a influencia do estigma, e o tipo de socialización académica que pasan os profesionais perante a súa formación reduce os procesos de diagnóstico á pescuda das partes deficitarias, que presentan problemas ou carencias. De aí a reducida presenza de factores de protección, ou de elementos que resalten as capacidades das persoas, o que configura un verdadeiro paradigma do déficit que empobrece a riqueza dos elementos a ter en consideración á hora de deseñar as intervencións.

En relación ao corpo os/as profesionais fano asumir o papel dunha estrutura ausente pero que funciona como elemento identitario que se desvanece entre os dedos, un corpo que a través da análise do discurso das entrevistas realizadas adoita a forma de imaxe, patrón, modelo, estereotipo ou canon, pero que perde o estatuto ontolóxico do corpo. E que, por outra banda, é unha imaxe que

se move nos terreos do ideal, dunha perfección que non está á nosa disposición xa que é unha construción social que non se move na esfera do físico, senón do imaxinario.

Toda esta panoplia de resultados impacta nas relacións establecidas entre os distintos profesionais e fai que veñan presididas polo conflito. Os/as psiquiatras vivencian este conflito nas relacións co resto da profesión médica, xa que estes profesionais interpretan a idiosincrasia propia da doenza mental como un elemento que rebaixa a cientificidade e erosiona a súa autoestima profesional. Por outra banda, interpretan que o resto dos profesionais cos que traballan non asumen as importantes responsabilidades que leva aparelado o traballo cas persoas con algún tipo de doenza mental. Os psicólogos/as perciben o conflito de rol cos psiquiatras polos roles a densenvolver nos equipos de intervención. Estes profesionais perciben que os psiquiatras deberían limitarse a prescribir a medicación e realizar o seguimento da mesma. Isto implicaría que a psicoterapia é percibida polos/as profesionais da psicoloxía como un eido propio desta disciplina. No caso dos traballadores/as sociais, estes perciben un conflito tanto interno coma externo. O conflito interno concretaríase nun conflito de rol que se explicaría debido á distancia, insalvable, que estes profesionais perciben entre o rol teórico asignado polas instancias académicas, e a propia disciplina, e o seu labor práctico nos servizos e organizacións onde traballan. Por outra banda, o conflito externo percíbeno debido ao descoñecemento que o resto de profesionais teñen das funcións e roles a desempeñar polos/as profesionais do traballo social. O cal provocaría que os traballadores/as sociais fosen vistos como prescindibles e innecesarios polo resto dos profesionais.

A estas alturas deste traballo considérase axeitado recuperar as dúas hipóteses de partida desta investigación para darlles solución. Así pois esta investigación naceu dirixida por dúas hipóteses: por unha banda, a que afirmaba que se producía unha evolución da percepción dos TCA dos profesionais da saúde en Galicia. E, por outra banda, a que argumentaba que a percepción viña orientada, sobre todo polo imaxinario biomédico.

En relación á primeira hipótese débese dicir que, como se dixo ao longo deste traballo, dende o inicio desta investigación xorden nos grupos de discusión co estudantado os significados que van a construír os TCA ata o remate da mesma. Estas nocións xiran arredor do control/descontrol, o tempo (evolución/detención), obsesión e adicción. Entre eles se van engarzando ata adquirir a forma dun discurso profesional e complexo que explique os TCA e a situación das persoas que os padecen. Noutras palabras os significados permanecen estables pero dáselle forma profesional en función do imaxinario que orienta a percepción de cada un dos grupos profesionais estudados.

En relación á segunda hipótese, pódese dicir que o imaxinario psicolóxico é o que orienta a percepción do estudantado das tres disciplinas estudadas. De feito, nos dous pases dos cuestionarios só un total de dúas persoas sinalan os factores biolóxicos como determinantes da etioloxía dos TCA. Ademais, os tratamentos asignados se vencellan aos remedios naturais, vitaminas etc. Só se detectaría unha influencia do imaxinario biomédico nos profesionais que se consideran axeitados, e necesarios, para tratar este tipo de trastornos.

Unha vez rematan á súa formación universitaria, os/as profesionais da psicoloxía amosan unha percepción dos TCA que segue orientada polo imaxinario social psicolóxico. Mentres que os/as profesionais do traballo social mudan á influencia do imaxinario social sociolóxico, e os/as psiquiatras evolucionan cara a influencia do imaxinario biomédico, segundo eles mesmos sinalan debido á formación que recibirían durante o MIR.

Este entrecruzamento dos imaxinarios sociais non impide que, por exemplo, os psicólogos/as e traballadores/as sociais se movan no imaxinario social psicolóxico e sociolóxico respectivamente, pero desenvolvan as súas funcións no modelo médico que se volve totalmente hexemónico na súa práctica profesional.

Así pois, pódese concluír que a forza dos imaxinarios sociais á hora de construír a percepción social é maior do que cabería esperar xa que nesta investigación viuse como os significados asignados aos TCA permanecen inmutables dende o inicio da formación do estudantado, reducíndose a devandita evolución ao encaixe dos discursos en formatos profesionais que encobren

a permanencia de aspectos como o estigma e os conflitos entre os grupos profesionais que tratan este tipo de doenzas.

Sinalar, por último, que esta investigación deixa aberta a porta a algunhas liñas de investigación que poderán ser retomadas nun futuro. En primeiro lugar, pódese investigar o contraste establecido polos entrevistados/as entre a predominancia do imaxinario biomédico en Galicia e a situación doutras comunidades autónomas. En segundo lugar, poderíase facer unha investigación con estudantes do MIR para pescudar os significados que artellan o seu discurso e que, como se dixo, funciona de bisagra entre o imaxinario psicolóxico -dominante nos estudantes de medicina-, e o imaxinario biomédico hexemónico entre os/as profesionais da psiquiatría. Para rematar, poderíase profundizar no papel da variable xénero na percepción dos TCA.







ANEXOS



ANEXO I: MODELOS DE CUESTIONARIOS







CUESTIONARIO HOME BULIMIA

Bos días/tardes, estou a facer unha investigación na Universidade de Santiago de Compostela co apoio orzamentario da Xunta de Galicia sobre a percepción dalgúns profesionais (estudantes e titulados/as), sobre algunhas situacións relacionadas coa saúde. Por este motivo solicito a túa colaboración, agradecéndochas de antemán.

Garántese o total anonimato e o segredo das túas respostas no máis estrito cumprimento das leis sobre o segredo estatístico e a protección de datos persoais. Así mesmo, asegúrase a máis exquisita observancia da ética que regula a práctica da investigación social e a deontoloxía do investigador/a. Unha vez rexistrada a información de xeito anónimo, os cuestionarios individuais serán destruídos de inmediato.

PARTE I:

1. Sexo

Home	Muller	
------	--------	--

2. Idadeanos

3. ¿Tes algún familiar próximo (pai, nai, fillo/a, irmá/n, sobriño/a, tío/a, avó/a), ou amigo/a íntimo con algunha doenza mental?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

PARTE II:

Esta parte do cuestionario está constituída por diferentes grupos de preguntas tendo por base unha historia. A continuación presentamos a historia de Yago. Non se trata dunha persoa real.

Por favor, le atentamente a historia e despois responde a todas as preguntas seguindo as indicacións correspondentes. De novo, **GRAZAS**.

Yago ten 20 anos e estuda segundo de Química. Aínda que durante a adolescencia tiña sobrepeso, o seu peso actual está nas marxes normais para a súa idade e altura. Sen embargo, el pensa que lle sobran algúns quilos. Cando empezou na universidade apuntouse a un programa de fitness nun ximnasio, e empezou a correr con regularidade. Debido a isto comezou a perder peso gradualmente. Despois Yago empezou a facer dieta evitando os alimentos graxos, comer entre horas, e intentou comer “alimentos saudables”, sobre todo froita, vexetais, e pan e arroz todos os días. Yago continuou co programa de exercicios, perdendo varios quilos máis. Sen embargo, tivo dificultade en manter a perda de peso, e nos últimos 18 meses o seu peso flutuou continuamente, a veces 5 quilos nunhas poucas semanas. Yago tamén tivo dificultades para controlar a súa alimentación. Era capaz de controlar a inxesta durante o día, pero pola noite non podía parar de comer rapidamente e con ganas, por exemplo, unha tableta de chocolate, e varias pezas de froita. Para contrarrestar os efectos destas comidas Yago toma diuréticos e, ás veces, vomita despois de comer. Debido ás súas estritas rutinas de exercicio e de alimentación Yago comezouse a illar dos seus amigos/as e das persoas do seu entorno.

4. Na túa opinión, ¿que é o que lle pasa a Yago? (Marcar como máximo tres opcións)

Ten unha crise nerviosa	Ten un trastorno de ansiedad
Ten baixa autoestima	Ten un trastorno da conduta alimentaria, pero nin bulimia nin anorexia
Está a facer unha dieta yo-yo	Está a facer unha dieta non axeitada
Non é un problema real, é unha fase	Ten un problema de saúde mental
Ten bulimia	Ten depresión
Ten anorexia	Non sei
Ten estrés	Non contesta

5. ¿Qué definición cres que encaixa mellor ca situación de Yago? (Marcar só unha das opcións)

Enfermidade	Trastorno
Síndrome	Ten un problema persoal

Outros: ¿cal?	Non sei	
---------------	---------	--

6. Na túa opinión, ¿Cal dos seguintes aspectos pode ser a causa principal dunha situación como a que pasa Yago?(Marcar só unha das opcións)

Factores psicolóxicos da persoa	A familia	
Factores biolóxicos	O estrés	
Os medios de comunicación	Non sei	
Factores ambientais	Non contesta	

7. ¿Cres que o problema de Yago é tratable?

Si	Non	Non sei	Non contesta	
----	-----	---------	--------------	--

8. Se marcaches na pregunta anterior que o problema de Yago é tratable, ¿qué tipo de axuda cres que sería máis importante para Yago? (Marcar só unha das opcións)

Tratamento psicoterapéutico	Tratamento farmacolóxico	Non sei	Non contesta	
-----------------------------	--------------------------	---------	--------------	--

9. Dos seguintes produtos ¿cales, na túa opinión, serían útiles ou poderían axudar a Yago?

	Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Vitaminas	1	2	3	4
Antidepresivos	1	2	3	4
Tranquilizantes/calmanantes	1	2	3	4
Antipsicóticos	1	2	3	4
Somníferos	1	2	3	4
Acupuntura	1	2	3	4
Que tome algún remedio natural (herbas: Camomila, tila, etc.)	1	2	3	4

10. Se lle tiveses que recomendar algo a Yago, ¿qué lle dirías? (Marcar só unha das opcións)

Que vaia a un/ha profesional	Que pedise axuda á familia, amigos/as etc.	Non sei	Non contesta	
------------------------------	--	---------	--------------	--

11. Se houbese que tratar a Yago ¿qué profesionais consideras que deberían formar parte do equipo que o tratase de maneira totalmente imprescindible? (Marcar como máximo tres opcións)

Educador/a social	Psiquiatra	
Traballador/a social	Homeópata	
Enfermeiro/a	Dietista/Nutricionista	
Terapeuta ocupacional	Psicólogo/a	
Naturópata	Non sei	
Médico/a de familia	Non contesta	

12. En relación ás seguintes posibilidades de axuda para Yago. Sinala a túa opinión:

	Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Psiquiatra	1	2	3	4
Psicólogo/a	1	2	3	4
Enfermeiro/a	1	2	3	4
Traballador/a social	1	2	3	4
Dietista/Nutricionista	1	2	3	4
Educador/a social	1	2	3	4
Médico/a de familia	1	2	3	4
Naturópata	1	2	3	4
Terapeuta ocupacional	1	2	3	4

Homeópata	1	2	3	4
Servizo telefónico de asesoramento	1	2	3	4
Un familiar próximo	1	2	3	4
Un amigo/a significativo	1	2	3	4
Un cura ou conselleiro espiritual	1	2	3	4
Pode resolver o problema só	1	2	3	4

13. Consideras que como profesional en proceso de formación, ¿TI TERÍAS suficiente formación sobre problemas como os que pode ter Yago?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

14. ¿Por qué cres que Yago, ou unha persoa que esté na súa mesma situación non pide axuda? Marca tantas opcións como consideres verdadeiras

Pensa que o problema é temporal	O problema non interfere na súa vida diaria
Pensa que pode controlar o problema	Ten medo de que o consideren unha persoa enferma mental
Pensa que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves	Pensa que a súa situación non require de axuda ou tratamento
Sinte vergonza polas súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser criticado polos demais
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser rexeitado polos demais

15. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se Yago RECIBISE a clase de axuda profesional que considerases máis axeitada para el?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor
Recuperación parcial	Non sei
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta

16. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se Yago NON recibise ningunha clase de axuda profesional?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor
Recuperación parcial	Non sei
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta

17. ¿Qué cres que pensa A MAIORÍA DAS PERSOAS para cada unha das afirmación sobre a situación de Yago?

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1 2 3 4 5

Se Yago quixese podería saír por si mesmo desta situación	1	2	3	4	5
A situación de Yago é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4	5
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4	5
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de Yago é afastarse del	1	2	3	4	5
A situación de Yago vólveo unha persoa imprevisible	1	2	3	4	5
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de Yago	1	2	3	4	5

18. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida cres que a MAIORÍA DA XENTE estaría disposta a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1	2	3	4	5	
Pasar o fin de semana con Yago	1	2	3	4	5
Traballar nun proxecto ou grupo con Yago	1	2	3	4	5
Invitar a Yago á túa casa	1	2	3	4	5
Ir á casa de Yago	1	2	3	4	5
Ser amigo persoal de Yago	1	2	3	4	5
Ter unha relación sentimental con Yago	1	2	3	4	5

19. Das seguintes afirmacións acerca da situación de Yago. Indica A TÚA OPINIÓN PERSOAL para cada unha delas.

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1	2	3	4				5
Se Yago quixese podería saír por si mesmo desta situación	1	2	3	4		5	
A situación de Yago é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4		5	
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4		5	
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de Yago é afastarse del	1	2	3	4		5	
A situación de Yago vólveo unha persoa imprevisible	1	2	3	4		5	
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de Yago	1	2	3	4		5	

20. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida ESTARÍAS TI disposto/a a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1	2	3	4	5	
Pasar o fin de semana con Yago	1	2	3	4	5
Traballar nun proxecto ou grupo con Yago	1	2	3	4	5
Invitar a Yago á túa casa	1	2	3	4	5
Ir á casa de Yago	1	2	3	4	5
Ser amigo persoal de Yago	1	2	3	4	5
Ter unha relación sentimental con Yago	1	2	3	4	5

21. ¿Cres que O PÚBLICO EN XERAL ten suficiente información sobre problemas como os que pode ter Yago?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

22. Cres que a información do PÚBLICO EN XERAL sobre o problema que pode ter Yago, en caso de existir, é

Correcta	Incorrecta	Non sei	Non contesta
----------	------------	---------	--------------

23. ¿En qué medida te sentirías confiado/a en poder axudar a Yago?

Moi confiado/a	Confiado/a	Pouco confiado/a	Nada confiado/a	Creo que non podo axudar a Yago
----------------	------------	------------------	-----------------	---------------------------------



CUESTIONARIO MULLER BULIMIA

Bos días/tardes, estou a facer unha investigación na Universidade de Santiago de Compostela co apoio orzamentario da Xunta de Galicia sobre a percepción dalgúns profesionais (estudantes e titulados/as), sobre algunhas situacións relacionadas coa saúde. Por este motivo solicito a túa colaboración, agradecéndoch a de antemán.

Garántese o total anonimato e o segredo das túas respostas no máis estrito cumprimento das leis sobre o segredo estatístico e a protección de datos persoais. Así mesmo, asegúrase a máis exquisita observancia da ética que regula a práctica da investigación social e a deontoloxía do investigador/a. Unha vez rexistrada a información de xeito anónimo, os cuestionarios individuais serán destruídos de inmediato.

PARTE I:

1. Sexo

Home	Muller	
------	--------	--

2. Idadeanos

3. ¿Tes algún familiar próximo (pai, nai, fillo/a, irmá/n, sobriño/a, tío/a, avó/a), ou amigo/a íntimo con algunha doenza mental?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

PARTE II:

Esta parte do cuestionario está constituída por diferentes grupos de preguntas tendo por base unha historia. A continuación presentamos a historia de Ana. Non se trata dunha persoa real.

Por favor, le atentamente a historia e despois responde a todas as preguntas seguindo as indicacións correspondentes. De novo, **GRAZAS**.

Ana ten 20 anos e estuda segundo de Química. Aínda que durante a adolescencia tiña sobrepeso, o seu peso actual está nas marxes normais para a súa idade e altura. Sen embargo, ela pensa que lle sobran algúns quilos. Cando empezou na universidade apuntouse a un programa de fitness nun ximnasio, e empezou a correr con regularidade. Debido a isto comezou a perder peso gradualmente. Despois Ana empezou a facer dieta evitando os alimentos graxos, comer entre horas, e intentou comer “alimentos saudables”, sobre todo froita, vexetais, e pan e arroz todos os días. Ana continuou co programa de exercicios, perdendo varios quilos máis. Sen embargo, tivo dificultade en manter a perda de peso, e nos últimos 18 meses o seu peso flutuou continuamente, a veces 5 quilos nunhas poucas semanas. Ana tamén tivo dificultades para controlar a súa alimentación. Era capaz de controlar a inxesta durante o día, pero pola noite non podía parar de comer rapidamente e con ganas, por exemplo, unha tableta de chocolate, e varias pezas de froita. Para contrarrestar os efectos destas comidas Ana toma diuréticos e, ás veces, vomita despois de comer. Debido ás súas estritas rutinas de exercicio e de alimentación Ana comezouse a illar dos seus amigos/as e das persoas do seu entorno.

4. Na túa opinión, ¿que é o que lle pasa a Ana? (Marcar como máximo tres opcións)

Ten unha crise nerviosa	Ten un trastorno de ansiedade	
Ten baixa autoestima	Ten un trastorno da conduta alimentaria, pero nin bulimia nin anorexia	
Está a facer unha dieta yo-yo	Está a facer unha dieta non axeitada	
Non é un problema real, é unha fase	Ten un problema de saúde mental	
Ten bulimia	Ten depresión	
Ten anorexia	Non sei	
Ten estrés	Non contesta	

5. ¿Qué definición cres que encaixa mellor ca situación de Ana? (Marcar só unha das opcións)

Enfermidade	Trastorno	
Síndrome	Ten un problema persoal	
Outros: ¿cal?	Non sei	

6. Na túa opinión, ¿Cal dos seguintes aspectos pode ser a causa principal dunha situación como a que pasa Ana?(Marcar só unha das opcións)

Factores psicolóxicos da persoa	A familia	
Factores biolóxicos	O estrés	
Os medios de comunicación	Non sei	
Factores ambientais	Non contesta	

7. ¿Cres que a situación de Ana é tratable?

Si	Non	Non sei	Non contesta	
----	-----	---------	--------------	--

8. Se marcaches na pregunta anterior que o problema de Ana é tratable, ¿qué tipo de axuda cres que sería máis importante para Ana? (Marcar só unha das opcións)

Tratamento psicoterapéutico	Tratamento farmacolóxico	Non sei	Non contesta	
-----------------------------	--------------------------	---------	--------------	--

9. Dos seguintes produtos ¿cales, na túa opinión, serían útiles ou poderían axudar a Ana?

Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Vitaminas			
Antidepresivos			
Tranquilizantes/calmanes			
Antipsicóticos			
Somníferos			
Acupuntura			
Que tome algún remedio natural (herbas: Camomila, tila, etc.)			

10. Se lle tiveses que recomendar algo a Ana, ¿qué lle dirías? (Marcar só unha das opcións)

Que vaia a un/ha profesional	Que pedise axuda á familia, amigos/as etc.	Non sei	Non contesta	
------------------------------	--	---------	--------------	--

11. Se houboese que tratar a Ana ¿qué profesionais consideras que deberían formar parte do equipo que a tratase de maneira totalmente imprescindible? (Marcar como máximo tres opcións)

Educador/a social	Psiquiatra	
Traballador/a social	Homeópata	
Enfermeiro/a	Dietista/Nutricionista	
Terapeuta ocupacional	Psicólogo/a	
Naturópata	Non sei	
Médico/a de familia	Non contesta	

12. En relación ás seguintes posibilidades de axuda para Ana. Sinala a túa opinión:

Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Psiquiatra			
Psicólogo/a			
Enfermeiro/a			
Traballador/a social			
Dietista/Nutricionista			
Educador/a social			
Médico/a de familia			
Naturópata			
Terapeuta ocupacional			
Homeópata			

Servizo telefónico de asesoramento	1	2	3	4
Un familiar próximo	1	2	3	4
Un amigo/a significativo	1	2	3	4
Un cura ou conselleiro espiritual	1	2	3	4
Pode resolver o problema soa	1	2	3	4

13. Consideras que como profesional en proceso de formación, ¿TI TERÍAS suficiente formación sobre problemas como os que pode ter Ana?

Si		Non		Non sei		Non contesta	
----	--	-----	--	---------	--	--------------	--

14. ¿Por qué cres que Ana, ou unha persoa que esté na súa mesma situación non pide axuda? Marca tantas opcións como consideres verdadeiras

Pensa que o problema é temporal	O problema non interfere na súa vida diaria	
Pensa que pode controlar o problema	Ten medo de que a consideren unha persoa enferma mental	
Pensa que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves	Pensa que a súa situación non require de axuda ou tratamento	
Sinte vergonza polas súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser criticada polos demais	
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser rexeitada polos demais	

15. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se Ana RECIBISE a clase de axuda profesional que considerases máis axeitada para ela?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora	
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor	
Recuperación parcial	Non sei	
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta	

16. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se Ana NON recibise ningunha clase de axuda profesional?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora	
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor	
Recuperación parcial	Non sei	
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta	

17. ¿Qué cres que pensa A MAIORÍA DAS PERSOAS para cada unha das afirmación sobre a situación de Ana?

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1	2	3	4	5	
Se Ana quixese podería saír por si mesma desta situación	1	2	3	4	5
A situación de Ana é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4	5
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4	5
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de Ana é afastarse dela	1	2	3	4	5
A situación de Ana vólvea unha persoa imprevisible	1	2	3	4	5
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de Ana	1	2	3	4	5

18. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida cres que a MAIORÍA DA XENTE estaría disposta a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1	2	3	4	5	
Pasar o fin de semana con Ana	1	2	3	4	5
Traballar nun proxecto ou grupo con Ana	1	2	3	4	5
Invitar a Ana á túa casa	1	2	3	4	5
Ir á casa de Ana	1	2	3	4	5
Ser amigo persoal de Ana	1	2	3	4	5
Ter unha relación sentimental con Ana	1	2	3	4	5

19. Das seguintes afirmacións acerca da situación de Ana. Indica A TÚA OPINIÓN PERSOAL para cada unha delas.

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1	2	3	4	5		
Se Ana quixese podería saír por si mesma desta situación	1	2	3	4	5	
A situación de Ana é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4	5	
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4	5	
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de Ana é afastarse dela	1	2	3	4	5	
A situación de Ana vólvea unha persoa imprevisible	1	2	3	4	5	
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de Ana	1	2	3	4	5	

20. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida ESTARÍAS TI disposto/a a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1	2	3	4	5				
Pasar o fin de semana con Ana	1	2	3	4	5			
Traballar nun proxecto ou grupo con Ana	1	2	3	4	5			
Invitar a Ana á túa casa	1	2	3	4	5			
Ir á casa de Ana	1	2	3	4	5			
Ser amigo persoal de Ana	1	2	3	4	5			
Ter unha relación sentimental con Ana	1	2	3	4	5			

21. ¿Cres que O PÚBLICO EN XERAL ten suficiente información sobre problemas como os que pode ter Ana?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

22. Cres que a información do PÚBLICO EN XERAL sobre o problema que pode ter Ana, en caso de existir, é

Correcta	Incorrecta	Non sei	Non contesta
----------	------------	---------	--------------

23. ¿En qué medida te sentirías confiado/a en poder axudar a Ana?

Moi confiado/a	Confiado/a	Pouco confiado/a	Nada confiado/a	Creo que non podo axudar a Ana
----------------	------------	------------------	-----------------	--------------------------------



CUESTIONARIO HOME ANOREXIA

Bos días/tardes, estou a facer unha investigación na Universidade de Santiago de Compostela co apoio orzamentario da Xunta de Galicia sobre a percepción dalgúns profesionais (estudantes e titulados/as), sobre algunhas situacións relacionadas coa saúde. Por este motivo solicito a túa colaboración, agradecéndoch a de antemán.

Garántese o total anonimato e o segredo das túas respostas no máis estrito cumprimento das leis sobre o segredo estatístico e a protección de datos persoais. Así mesmo, asegúrase a máis exquisita observancia da ética que regula a práctica da investigación social e a deontoloxía do investigador/a. Unha vez rexistrada a información de xeito anónimo, os cuestionarios individuais serán destruídos de inmediato.

PARTE I:

1. Sexo

Home	Muller	
------	--------	--

2. Idadeanos

3. ¿Tes algún familiar próximo (pai, nai, fillo/a, irmá/n, sobriño/a, tío/a, avó/a), ou amigo/a íntimo con algunha doenza mental?

Si	Non	Non sei	Non contesta	
----	-----	---------	--------------	--

PARTE II:

Esta parte do cuestionario está constituída por diferentes grupos de preguntas tendo por base unha historia. A continuación presentamos a historia de Carlos. Non se trata dunha persoa real.

Por favor, le atentamente a historia e despois responde a todas as preguntas seguindo as indicacións correspondentes. De novo, **GRAZAS**.

Carlos ten 28 anos e non traballa fóra de casa. Adícase aos labores do fogar e a coidar dos seus tres fillos pequenos. A pesar dos seus grandes esforzos facendo diferentes dietas para perder peso nos últimos cinco anos non tivo moito éxito ata fai pouco. Durante os últimos seis meses Carlos comezou a correr todas as noites cando a súa dona chega a casa e faise cargo dos rapaces. Se algunha noite non sae a correr síntese culpable e enfadado, e corre o dobre da distancia ao día seguinte. Nos últimos meses Carlos reduciu a cantidade de comida que toma mentres a súa muller está no traballo, a miúdo sáltase o almorzo e soamente toma unha pequena ensalada para comer. Carlos tamén comezou a vomitar a escondidas despois de que a súa dona empezara a cociñar ceas con moitas calorías para a familia. Carlos pensa que está gordo e síntese como si non valse para nada, inútil; aínda que disfruta dos cumpridos da súa muller pola perda de peso (como uns 10 quilos). Carlos mide 1,68 m. e actualmente pesa 44 quilos (Índice de masa corporal 15,6). Carlos parece máis delgado que a maioría dos supermodelos.

4. Na túa opinión, ¿que é o que lle pasa a Carlos? (Marcar como máximo tres opcións)

Ten unha crise nerviosa	Ten un trastorno de ansiedad	
Ten baixa autoestima	Ten un trastorno da conduta alimentaria, pero nin bulimia nin anorexia	
Está a facer unha dieta yo-yo	Está a facer unha dieta non axeitada	
Non é un problema real, é unha fase	Ten un problema de saúde mental	
Ten bulimia	Ten depresión	
Ten anorexia	Non sei	
Ten estrés	Non contesta	

5. ¿Qué definición cres que encaixa mellor ca situación de Carlos? (Marcar só unha das opcións)

Enfermidade	Trastorno	
Síndrome	Ten un problema persoal	
Outros: ¿cal?	Non sei	

6. Na túa opinión, ¿Cal dos seguintes aspectos pode ser a causa principal dunha situación como a que pasa Carlos? (Marcar só unha das opcións)

Factores psicolóxicos da persoa	A familia	
Factores biolóxicos	O estrés	
Os medios de comunicación	Non sei	
Factores ambientais	Non contesta	

7. ¿Cres que a situación de Carlos é tratable?

Si	Non	Non sei	Non contesta	
----	-----	---------	--------------	--

8. Se marcaches na pregunta anterior que o problema de Carlos é tratable, ¿qué tipo de axuda cres que sería máis importante para Carlos? (Marcar só unha das opcións)

Tratamento psicoterapéutico	Tratamento farmacolóxico	Non sei	Non contesta	
-----------------------------	--------------------------	---------	--------------	--

9. Dos seguintes produtos ¿cales, na túa opinión, serían útiles ou poderían axudar a Carlos?

	Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Vitaminas	1	2	3	4
Antidepresivos	1	2	3	4
Tranquilizantes/calmanes	1	2	3	4
Antipsicóticos	1	2	3	4
Somníferos	1	2	3	4
Acupuntura	1	2	3	4
Que tome algún remedio natural (herbas: Camomila, tila, etc.)	1	2	3	4

10. Se lle tiveses que recomendar algo a Carlos, ¿qué lle dirías? (Marcar só unha das opcións)

Que vaia a un/ha profesional	Que pedise axuda á familia, amigos/as etc.	Non sei	Non contesta	
------------------------------	--	---------	--------------	--

11. Se houbese que tratar a Carlos ¿qué profesionais consideras que deberían formar parte do equipo que o tratase de maneira totalmente imprescindible? (Marcar como máximo tres opcións)

Educador/a social	Psiquiatra	
Traballador/a social	Homeópata	
Enfermeiro/a	Dietista/Nutricionista	
Terapeuta ocupacional	Psicólogo/a	
Naturópata	Non sei	
Médico/a de familia	Non contesta	

12. En relación ás seguintes posibilidades de axuda para Carlos. Sinala a túa opinión:

	Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Psiquiatra	1	2	3	4
Psicólogo/a	1	2	3	4
Enfermeiro/a	1	2	3	4
Traballador/a social	1	2	3	4
Dietista/Nutricionista	1	2	3	4
Educador/a social	1	2	3	4
Médico/a de familia	1	2	3	4
Naturópata	1	2	3	4
Terapeuta ocupacional	1	2	3	4
Homeópata	1	2	3	4

Servizo telefónico de asesoramento	1	2	3	4
Un familiar próximo	1	2	3	4
Un amigo/a significativo	1	2	3	4
Un cura ou conselleiro espiritual	1	2	3	4
Pode resolver o problema só	1	2	3	4

13. Consideras que como profesional en proceso de formación, ¿TI TERÍAS suficiente formación sobre problemas como os que pode ter Carlos?

Si		Non		Non sei		Non contesta	
----	--	-----	--	---------	--	--------------	--

14. ¿Por qué cres que Carlos, ou unha persoa que esté na súa mesma situación non pide axuda? Marca tantas opcións como consideres verdadeiras

Pensa que o problema é temporal	O problema non interfere na súa vida diaria	
Pensa que pode controlar o problema	Ten medo de que o consideren unha persoa enferma mental	
Pensa que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves	Pensa que a súa situación non require de axuda ou tratamento	
Sinte vergonza polas súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser criticado polos demais	
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser rexeitado polos demais	

15. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se Carlos RECIBISE a clase de axuda profesional que considerases máis axeitada para el?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora	
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor	
Recuperación parcial	Non sei	
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta	

16. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se Carlos NON recibise ningunha clase de axuda profesional?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora	
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor	
Recuperación parcial	Non sei	
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta	

17. ¿Qué cres que pensa A MAIORÍA DAS PERSOAS para cada unha destas afirmacións sobre a situación de Carlos?

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1	2	3	4	5	
Se Carlos quixese podería saír por si mesmo desta situación	1	2	3	4	5
A situación de Carlos é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4	5
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4	5
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de Carlos é afastarse del	1	2	3	4	5
A situación de Carlos vólveo unha persoa imprevisible	1	2	3	4	5
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de Carlos	1	2	3	4	5

18. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida cres que a MAIORÍA DA XENTE estaría disposta a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1	2	3	4	5				
Pasar o fin de semana con Carlos				1	2	3	4	5
Traballar nun proxecto ou grupo con Carlos				1	2	3	4	5
Invitar a Carlos á túa casa				1	2	3	4	5
Ir á casa de Carlos				1	2	3	4	5
Ser amigo persoal de Carlos				1	2	3	4	5
Ter unha relación sentimental con Carlos				1	2	3	4	5

19. Das seguintes afirmacións acerca da situación de Carlos. Indica A TÚA OPINIÓN PERSOAL para cada unha delas.

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1	2	3	4	5	
Se Carlos quixese podería saír por si mesmo desta situación	1	2	3	4	5
A situación de Carlos é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4	5
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4	5
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de Carlos é afastarse del	1	2	3	4	5
A situación de Carlos vólveo unha persoa imprevisible	1	2	3	4	5
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de Carlos	1	2	3	4	5

20. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida ESTARÍAS TI disposto/a a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1	2	3	4	5	
Pasar o fin de semana con Carlos	1	2	3	4	5
Traballar nun proxecto ou grupo con Carlos	1	2	3	4	5
Invitar a Carlos á túa casa	1	2	3	4	5
Ir á casa de Carlos	1	2	3	4	5
Ser amigo persoal de Carlos	1	2	3	4	5
Ter unha relación sentimental con Carlos	1	2	3	4	5

21. ¿Cres que O PÚBLICO EN XERAL ten suficiente información sobre problemas como os que pode ter Carlos?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

22. Cres que a información do PÚBLICO EN XERAL sobre o problema que pode ter Carlos, en caso de existir, é

Correcta	Incorrecta	Non sei	Non contesta
----------	------------	---------	--------------

23. ¿En qué medida te sentirías confiado/a en poder axudar a Carlos?

Moi confiado/a	Confiado/a	Pouco confiado/a	Nada confiado/a	Creo que non podo axudar a Carlos
----------------	------------	------------------	-----------------	-----------------------------------



CUESTIONARIO MULLER ANOREXIA

Bos días/tardes, estou a facer unha investigación na Universidade de Santiago de Compostela co apoio orzamentario da Xunta de Galicia sobre a percepción dalgúns profesionais (estudantes e titulados/as), sobre algunhas situacións relacionadas coa saúde. Por este motivo solicito a túa colaboración, agradecéndoch a de antemán.

Garántese o total anonimato e o segredo das túas respostas no máis estrito cumprimento das leis sobre o segredo estatístico e a protección de datos persoais. Así mesmo, asegúrase a máis exquisita observancia da ética que regula a práctica da investigación social e a deontoloxía do investigador/a. Unha vez rexistrada a información de xeito anónimo, os cuestionarios individuais serán destruídos de inmediato.

PARTE I:

1. Sexo

Home	Muller	
------	--------	--

2. Idadeanos

3. ¿Tes algún familiar próximo (pai, nai, fillo/a, irmá/n, sobriño/a, tío/a, avó/a), ou amigo/a íntimo con algunha doenza mental?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

PARTE II:

Esta parte do cuestionario está constituída por diferentes grupos de preguntas tendo por base unha historia. A continuación presentamos a historia de María. Non se trata dunha persoa real.

Por favor, le atentamente a historia e despois responde a todas as preguntas seguindo as indicacións correspondentes. De novo, **GRAZAS**.

María ten 28 anos e non traballa fóra de casa. Adícase aos labores do fogar e a coidar dos seus tres fillos pequenos. A pesar dos seus grandes esforzos facendo diferentes dietas para perder peso nos últimos cinco anos non tivo moito éxito ata fai pouco. Durante os últimos seis meses María comezou a correr todas as noites cando o seu home chega a casa e faise cargo dos rapaces. Se algunha noite non sae a correr síntese culpable e enfadada, e corre o dobre da distancia ao día seguinte. Nos últimos meses María reduciu a cantidade de comida que toma mentres o seu home está no traballo, a miúdo sáltase o almorzo e soamente toma unha pequena ensalada para comer. María tamén comezou a vomitar a escondidas despois de que o seu marido empezara a cociñar ceas con moitas calorías para a familia. María pensa que está gorda e síntese como si non valse para nada, inútil; aínda que disfruta dos cumpridos do seu home pola perda de peso (como uns 10 quilos). María mide 1,68 m. e actualmente pesa 44 quilos (Índice de masa corporal 15,6). María parece máis delgada que a maioría das supermodelos.

4. Na túa opinión, ¿que é o que lle pasa a María? (Marcar como máximo tres opcións)

Ten unha crise nerviosa	Ten un trastorno de ansiedade	
Ten baixa autoestima	Ten un trastorno da conduta alimentaria, pero nin bulimia nin anorexia	
Está a facer unha dieta yo-yo	Está a facer unha dieta non axeitada	
Non é un problema real, é unha fase	Ten un problema de saúde mental	
Ten bulimia	Ten depresión	
Ten anorexia	Non sei	
Ten estrés	Non contesta	

5. ¿Qué definición cres que encaixa mellor ca situación de María? (Marcar só unha das opcións)

Enfermidade	Trastorno	
Síndrome	Ten un problema persoal	
Outros: ¿cal?	Non sei	

6. Na túa opinión, ¿Cal dos seguintes aspectos pode ser a causa principal dunha situación como a que pasa María?(Marcar só unha das opcións)

Factores psicolóxicos da persoa	A familia	
Factores biolóxicos	O estrés	
Os medios de comunicación	Non sei	
Factores ambientais	Non contesta	

7. ¿Cres que a situación de María é tratable?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

8. Se marcaches na pregunta anterior que o problema de María é tratable, ¿qué tipo de axuda cres que sería máis importante para María? (Marcar só unha das opcións)

Tratamento psicoterapéutico	Tratamento farmacolóxico	Non sei	Non contesta
-----------------------------	--------------------------	---------	--------------

9. Dos seguintes produtos ¿cales, na túa opinión, serían útiles ou poderían axudar a María?

Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Vitaminas			
Antidepresivos			
Tranquilizantes/calmanes			
Antipsicóticos			
Somníferos			
Acupuntura			
Que tome algún remedio natural (herbas: Camomila, tila, etc.)			

10. Se lle tiveses que recomendar algo a María, ¿qué lle dirías? (Marcar só unha das opcións)

Que vaia a un/ha profesional	Que pedise axuda á familia, amigos/as etc.	Non sei	Non contesta
------------------------------	--	---------	--------------

11. Se houbese que tratar a María ¿qué profesionais consideras que deberían formar parte do equipo que a tratase de maneira totalmente imprescindible? (Marcar como máximo tres opcións)

Educador/a social	Psiquiatra
Traballador/a social	Homeópata
Enfermeiro/a	Dietista/Nutricionista
Terapeuta ocupacional	Psicólogo/a
Naturópata	Non sei
Médico/a de familia	Non contesta

12. En relación ás seguintes posibilidades de axuda para María. Sinala a túa opinión:

Útil 1	Nin útil, nin prexudicial 2	Prexudicial 3	Non sei 4
Psiquiatra			
Psicólogo/a			
Enfermeiro/a			
Traballador/a social			
Dietista/Nutricionista			
Educador/a social			
Médico/a de familia			
Naturópata			
Terapeuta ocupacional			
Homeópata			
Servizo telefónico de asesoramento			
Un familiar próximo			
Un amigo/a significativo			
Un cura ou conselleiro espiritual			
Pode resolver o problema soa			

13. Consideras que como profesional en proceso de formación, ¿TI TERÍAS suficiente formación sobre problemas como os que pode ter María?

Si		Non		Non sei		Non contesta	
----	--	-----	--	---------	--	--------------	--

14. ¿Por qué cres que María, ou unha persoa que esté na súa mesma situación non pide axuda? Marca tantas opcións como consideres verdadeiras

Pensa que o problema é temporal	O problema non interfere na súa vida diaria
Pensa que pode controlar o problema	Ten medo de que a consideren unha persoa enferma mental
Pensa que as súas condutas e/ou pensamentos non son graves	Pensa que a súa situación non require de axuda ou tratamento
Sinte vergonza polas súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser criticada polos demais
Ten medo das súas condutas e/ou pensamentos	Ten medo de ser rexeitada polos demais

15. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se María RECIBISE a clase de axuda profesional que considerases máis axeitada para ela?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor
Recuperación parcial	Non sei
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta

16. Na túa opinión, ¿cal cres que sería o resultado se María NON recibise ningunha clase de axuda profesional?

Recuperación total sen máis problemas	Sen mellora
Recuperación total, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Porase peor
Recuperación parcial	Non sei
Recuperación parcial, pero probablemente reaparecerán problemas nalgún momento	Non contesta

17. ¿Qué cres que pensa A MAIORÍA DAS PERSOAS para cada unha das afirmación sobre a situación de María?

Moi de acordo De acordo Nin acordo, nin desacordo En desacordo Moi en desacordo

1 2 3 4 5

Se María quixese podería saír por si mesma desta situación	1	2	3	4	5
A situación de María é un sinal de debilidade persoal	1	2	3	4	5
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade	1	2	3	4	5
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de María é afastarse dela	1	2	3	4	5
A situación de María vólvea unha persoa imprevisible	1	2	3	4	5
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de María	1	2	3	4	5

18. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida cres que a MAIORÍA DA XENTE estaría disposta a:

De ningún modo Con moitas reticencias Neutral Con algunha reticencia Sen ningún problema

1 2 3 4 5

Pasar o fin de semana con María	1	2	3	4	5
Traballar nun proxecto ou grupo con María	1	2	3	4	5
Invitar a María á túa casa	1	2	3	4	5
Ir á casa de María	1	2	3	4	5
Ser amigo persoal de María	1	2	3	4	5
Ter unha relación sentimental con María	1	2	3	4	5

19. Das seguintes afirmacións acerca da situación de María. Indica A TÚA OPINIÓN PERSOAL para cada unha delas.

Moi de acordo	De acordo	Nin acordo, nin desacordo	En desacordo	Moi en desacordo				
1	2	3	4	5				
Se María quixese podería saír por si mesma desta situación				1	2	3	4	5
A situación de María é un sinal de debilidade persoal				1	2	3	4	5
Esta situación non é unha verdadeira enfermidade				1	2	3	4	5
A mellor maneira de non desenvolver unha situación como a de María é afastarse dela				1	2	3	4	5
A situación de María vólvea unha persoa imprevisible				1	2	3	4	5
Nunca llo contaría a ninguén se tivese unha situación como a de María				1	2	3	4	5

20. Das seguintes afirmacións. Indica en qué medida ESTARÍAS TI disposto/a a:

De ningún modo 1	Con moitas reticencias 2	Neutral 3	Con algunha reticencia 4	Sen ningún problema 5		
Pasar o fin de semana con María	1	2	3	4	5	
Traballar nun proxecto ou grupo con María	1	2	3	4	5	
Invitar a María á túa casa	1	2	3	4	5	
Ir á casa de María	1	2	3	4	5	
Ser amigo persoal de María	1	2	3	4	5	
Ter unha relación sentimental con María	1	2	3	4	5	

21. ¿Cres que O PÚBLICO EN XERAL ten suficiente información sobre problemas como os que pode ter María?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

22. Cres que a información do PÚBLICO EN XERAL sobre o problema que pode ter María, en caso de existir, é

Correcta	Incorrecta	Non sei	Non contesta
----------	------------	---------	--------------

23. ¿En qué medida te sentirías confiado/a en poder axudar a María?

Moi confiado/a	Confiado/a	Pouco confiado/a	Nada confiado/a	Creo que non podo axudar a María
----------------	------------	------------------	-----------------	----------------------------------

ANEXO II: FORMULARIO DE RECOLLIDA DE DATOS





FORMULARIO DE RECOLLIDA DE DATOS para estudantes

Bos días/tardes, estou a facer unha investigación na Universidade de Santiago de Compostela co apoio orzamentario da Xunta de Galicia sobre a percepción dalgúns profesionais (estudantes e titulados/as), sobre algunhas situacións relacionadas coa saúde. Por este motivo solicito a túa colaboración, agradecéndoch a de antemán.

Garántese o total anonimato e o segredo das túas respostas no máis estrito cumprimento das leis sobre o segredo estatístico e a protección de datos persoais. Así mesmo, asegúrase a máis exquisita observancia da ética que regula a práctica da investigación social e a deontoloxía do investigador/a. Unha vez rematada a investigación, os modelos cos datos serán destruídos de inmediato.

Participante nº.....

Nome e apelidos apelidos:.....

1.Sexo

Home	Muller	
------	--------	--

2.Idadeanos

3.Tes algún familiar próximo (pai, nai, fillo/a, irmá/n, sobriño/a, tío/a, avó/a), ou amigo/a íntimo con algunha doenza mental?

Si	Non	Non sei	Non contesta	
----	-----	---------	--------------	--

4. Lugar de residencia⁸⁶.....

5. Curso que estudas

Primeiro	Segundo	Terceiro	
----------	---------	----------	--

6. Nestes momentos tes especial interés en facer algunha especialidade concreto dentro da medicina/psicoloxía/traballo social:

Si	Non	
----	-----	--

7. En caso de que contestaras Si na pregunta anterior ¿qué especialidade é a que te atrae?

.....

6. Teléfonos de contacto

--	--

7. Correo electrónico

--	--

Moitas GRAZAS pola túa colaboración.

⁸⁶ Neste caso incluír o lugar de residencia familiar habitual e non no que se viva durante o curso escolar. Sinalar localidade e provincia.



FORMULARIO DE RECOLLIDA DE DATOS para profesionais

Bos días/tardes, estou a facer unha investigación na Universidade de Santiago de Compostela co apoio orzamentario da Xunta de Galicia sobre a percepción dalgúns profesionais (estudantes e titulados/as), sobre algunhas situacións relacionadas coa saúde. Por este motivo solicito a túa colaboración, agradecéndoch a de antemán.

Garántese o total anonimato e o segredo das túas respostas no máis estrito cumprimento das leis sobre o segredo estatístico e a protección de datos persoais. Así mesmo, asegúrase a máis exquisita observancia da ética que regula a práctica da investigación social e a deontoloxía do investigador/a. Unha vez rematada a investigación, os modelos cos datos serán destruídos de inmediato.

Participante nº.....

Nome e apelidos:.....

1.Sexo

Home	Muller	
------	--------	--

2.Idadeanos

3.Tes algún familiar próximo (pai, nai, fillo/a, irmá/n, sobriño/a, tío/a, avó/a), ou amigo/a íntimo con algunha doenza mental?

Si	Non	Non sei	Non contesta
----	-----	---------	--------------

4. Lugar de residencia (Sinalar só concello e provincia)

.....

5. ¿Tes algunha experiencia profesional?

Si ☐

Non ☐

6. En caso de contestar afirmativamente á pregunta anterior:

6.1. Anos de experiencia.....

6.2. Campo/s ou área de experiencia⁸⁷ (Pública ou privada, TCA, Violencia de xénero, Esquizofrenia, etc.)

.....

7. Teléfono/s de contacto

--	--

8. Correo/s electrónico

--	--

Sinala algunha publicación (libro, artigo, etc.) que consideres básico sobre os trastornos de alimentación ou sobre a percepción social

.....

.....

Moitas GRAZAS pola túa colaboración.

⁸⁷ Sinalar a experiencia en campos ligados á túa profesión ou á intervención con persoas.

ANEXO III: FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR NA INVESTIGACIÓN







FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN NA INVESTIGACIÓN

....., con DNI nº.....amosa o seu consentimento en participar de forma voluntaria na investigación que se está levando a cabo sobre *A evolución da percepción social dos trastornos de alimentación dos profesionais da saúde en Galicia e a súa influencia na práctica profesional*.

A investigación levarase a cabo mediante a aplicación das seguintes técnicas de investigación: grupos de discusión e entrevistas en profundidade (metodoloxía cualitativa) e unha enquisa (metodoloxía cuantitativa).

Doume por enterado/a de que:

A investigación ten como finalidade a de presentar os resultados nunha tese, que se está facendo no programa de doutorado en *Marketing político, Actores e Institucións nas sociedades contemporáneas*, no Departamento de Ciencia Política e Socioloxía da *Facultade de Ciencias Políticas e Sociais* da USC. Estando encardinada ao grupo de investigación: *Compostela de Estudos sobre Imaxinarios sociais* (GI-1162), na súa liña de investigación de Socioloxía da saúde e Saúde mental.

Os grupos de discusión e as entrevistas serán gravados, dando a miña autorización para iso.

Asegúrase a máxima confidencialidade, e anonimato, no manexo e tratamento dos datos. Os mesmos non se incorporarán a ningún ficheiro, e destruíranse unha vez terminada a investigación.

Os resultados desta investigación (excluídos os datos persoais) publicaranse na forma de artigos científicos e/ou tese doutoral, e utilizaranse para a presentación de relatorios e/ou comunicacións en congresos, seminarios, etc.

.....de.....de 2018



**ANEXO IV: UTILIZACIÓN DA METÁFORA DA VISTA NA SOCIEDADE
OCCIDENTAL**





Referencia	Explicación
Alonso, L. E. (2003). <i>La mirada cualitativa en sociología</i> (2ª ed.). Madrid: Fundamentos.	Uso da metáfora da mirada como marco explicativo da metodoloxía cualitativa.
Bentham, J. (1989). <i>El Panóptico</i> (2ª ed., e. o. 1780). Madrid: La Piqueta.	Introdución da mirada como ferramenta punitiva. Bentham propón un deseño dos cárceres a partir dunha arquitectura que permita a visión do persoal de vixilancia sen que estes sexan nunca vistos. Estas ideas usáronse para a construción de cárceres, pero tamén de hospitais.
Berger ⁸⁸ , J. (2006a). <i>Modos de ver</i> (2ª ed.). Madrid: Gustavo Gili.	Explicación do crítico de arte John Berger de como o acto de ver afecta á percepción e posterior interpretación das obras de arte. O libro resúmese na sentenza “Nunca miramos só unha cousa; sempre miramos unha relación entre as cousas e nos mesmos (...)”. Toda imaxe encarna un modo de ver” (2006a, pp. 14-16).
Esquirol, J. M. (2010). <i>El respeto o la mirada atenta</i> (3ª ed.). Barcelona: Acanalado.	Uso da metáfora da mirada atenta como chave, e fundamento, dunha ética do respecto.
Foucault, M. (1988). <i>Vigilar y castigar</i> (15ª ed.). Madrid: Siglo XXI.	Profundización, a partir de Bentham, do estudo do uso da mirada no sistema carcerario e de xustiza.
Foucault, M. (2007b). <i>El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica</i> . Madrid: Siglo XXI.	A mirada como metáfora explicativa da profesión médica e da súa influencia na sociedade.
García-Rincón, C. (2006). <i>Educación la mirada. Arquitectura de una mente solidaria</i> . Madrid: Narcea.	Uso da metáfora da mirada como fundamento da explicación do xeito de desenvolver un pensamento prosocial, e como di o autor adquirir unhas “lentes para ver” (2006, p. 9) que determinen unha percepción interpersonal dentro dun paradigma que favoreza a solidariedade.
Gil, E. (2000). <i>Medias miradas. Un análisis cultural de la imagen femenina</i> . Barcelona: Anagrama.	A vista aplicada á imaxe feminina. O autor parte da hipótese de que os estereotipos construídos e difundidos pola publicidade baséanse en grande parte en que “sempre hai ollos que miran”(2000, p. 13).
Hadot, P. (2016). <i>Plotino o la simplicidad de la mirada</i> (2ª ed.). Barcelona: AlphaDecay.	Interpretación da filosofía plotiniana a partir do uso da mirada nas <i>Enéadas</i> .
Merleau-Ponty, M. (2010). <i>Lo visible y lo invisible</i> . Buenos Aires: Nueva Visión.	No capítulo final deste libro -O entrelazo-, Merleau-Ponty expón como a preeminencia do uso da metáfora da visión para entender o coñecemento na sociedade occidental fíxose a costa da importancia do sentido do tacto.
Orwell, G. (2012). <i>1984</i> . Barcelona: Austral.	Novela na que Orwell explica a súa distopía coas advertencias do que pode supoñer a observación continua e constante das nosas vidas, personificando a metáfora no “Gran Irmán”.
Watzlawick, P. e Krieg, P. (Comps.)(1994). <i>El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo</i> . Barcelona: Gedisa.	Uso da metáfora da vista para explicar o constructivismo.

⁸⁸ Este autor adicou varios dos seus libros á análise da mirada: Berger, J. (2006b). *Mirar*. Madrid: Gustavo Gili.



ANEXO V: NOVELAS, BIOGRAFÍAS E AUTOBIOGRAFÍAS SOBRE OS TCA



Referencia	Explicación
Álvarez, N. (2001). <i>Yo vencí la anorexia</i> . Madrid: Temas de Hoy.	Testemuño da modelo de alta costura Nieves Álvarez da súa experiencia cando estaba enferma de anorexia.
Atwood, M. (2001). <i>Doña Oráculo</i> . Barcelona: Muchnik	Novela na que se relata a experiencia dunha rapaza que ten anorexia, bulimia e sofre inxestas compulsivas.
Becker, D. (2005). <i>This Mean Disease. Growing Up in the Sadow of my Mother's Anorexia Nervosa</i> . Carlsbad: Gurze Books.	Un rapaz rememora os seus recordos da súa nenez vivida cunha nai con anorexia e de como esa experiencia converteuno nun adulto afectado por un alto grao de indefensión. Libro publicado por unha editorial especializada en TCA.
Beekens, C. e Greenstret, R. (1997). <i>My Body, My Enemy: My 13 year battle with Anorexia Nervosa</i> . Londres: Thorsons.	Historia do proceso de recuperación da autora. Beekens ingresa con 10 anos nun hospital e, a partir de aí, durante 13 anos atravesa etapas de restrición alimentaria, consumo compulsivo de alimentos e abuso de laxantes.
Caro, I. (2008). <i>La petite fille quinevoulait pas grossir</i> . París: Flammarion.	Autobiografía da modelo Isabelle Caro na que relata a súa experiencia ca anorexia. Esta modelo recoñeceu que chegou a pesar 25 quilos cunha altura de 1,65 metros.
Caso, A. (1999). <i>Elisabeth emperatriz de Austria Hungría. La verdadera historia de Sissi</i> . Barcelona: Planeta.	Nesta biografía novelada a periodista Ángeles Caso expón os trastornos da conduta alimentaria de Elisabeth de Austria.
Cuesta, M. (2010). <i>La meva anorèxia</i> . Barcelona: Pòrtic.	Maria Cuesta, presentadora de televisión, relata neste libro o seu periplo de trece anos loitando coa anorexia e a bulimia.
Dauxerre, V. (2017). <i>Size Zero: My Life as a Disapearing Model</i> . Glasgow: William Collins.	Brutal relato da breve carreira da autora coma supermodelo. Dauxerre explica como era sometida a presións constantes para baixar de peso o que a conduciu a desenvolver unha anorexia que á levou ao bordo do suicidio.
De Vigan, D. (2014). <i>Días sin hambre</i> . Barcelona: Anagrama.	Primeira novela escrita por De Vigan e publicada baixo o pseudónimo de LouDelvig, dado o relato pseudoautobiográfico que fai da vivencia dunha adolescente que ten anorexia.
Dunbar (1987). <i>Catherine Story of A Young Girl Who Died of Anorexia Nervosa</i> . Londres: Penguin Books.	Unha nai (Maureen Dunbar) narra a loita de sete anos contra a anorexia da súa filla (Catherine Dunbar). Catherine finou en 1984 e deixou un diario que foi utilizado pola súa nai para escribir este libro.
Esteban, B. (2017). <i>Seré frágil</i> . Barcelona: Planeta.	Relato da experiencia da autora cando sufriu de anorexia, situación que a levou a estudar Psicoloxía.
Fonda, J. (2005). <i>Memorias</i> . Barcelona: Temas de Hoy.	Autobiografía da actriz Jane Fonda na que esta conta como pasou pola bulimia, a anorexia e o trastorno por atracóns.
Freire, E. (2002). <i>Cuando comer es un infierno. Confesiones de una bulímica</i> (3ª ed.). Madrid: Aguilar.	Libro divulgativo no que a escritora Espido Freire fala dos TCA e relata a súa experiencia cando tiña bulimia.
Garfield, J. (1986). <i>The Life of a Real Girl: An Autobiography of Anorexia and Madness</i> . Londres: Sidgwick & Jackson.	Relata a historia da autora, unha moza xudía de clase media alta, que nos anos 50 do século XX comeza a ter problemas alimentarios. A terapia fracasa e é tratada por un médico que lle receita Dexedrina. A rapaza faise adicta a esa droga e remata ingresada nun psiquiátrico durante dous anos. Finalmente sanda, casa e ten tres fillos.
Guelfenbein, C. (2003). <i>El revés del alma</i> . Barcelona: Alfaguara.	Novela onde se relata a experiencia ca anorexia e a bulimia da protagonista.
Hornbacher, M. (2002). <i>Días perdidos</i> . Barcelona: RBA.	Novela que conta a evolución do TCA da autora: con 4 anos pensa que está gorda mirándose nun espello, con 9 anos ten bulimia, con 12 anorexia e a partir dos 18 sufriu cinco ingresos hospitalarios.
Kemp, J. M. (2012). <i>Size Zero and Beyond: A Personal Study of Anorexia Nervosa</i> . Londres: Augur Press.	Libro testemuño centrado na influencia da anorexia na contorna social na que se produce. Os focos de atención son as consecuencias sociais e psicolóxicas deste tipo de trastornos.
Latini, C. (2006). <i>Abzurdah</i> . Barcelona: Planeta.	Libro autobiográfico da modelo arxentina Cielo Latini no que conta a súa vida cando pasou pola anorexia. Latini foi a creadora da primeira páxina Pro Ana na rede: <i>Me como a mí</i> . En 2015 fíxose unha película deste libro.
Nothomb, A. (2006). <i>Biografía del hambre</i> . Barcelona: Círculo de lectores.	Neste libro relátase a experiencia da autora que padeceu anorexia durante dous anos.
Panicello, V. (2016). <i>Qué sientes cuando no sientes nada</i> . Barcelona: Comanegra/Fundación ABB.	Libro testemuño escrito co propósito de “sensibilizar sobre os trastornos alimentarios e tamén transmitir a mensaxe máis esperanzadora: a recuperación destas enfermidades é posible cando se toma conciencia do que ocorre e se pide axuda profesional para poder enténdelo e afrontalo”(2016, p.

	9).
Puente, P. (1999). <i>Unángelsin ala</i> . Barcelona: Círculo de lectores.	Paz Puente naturópata, terapeuta comportamental e experta en anorexia e bulimia, novela a experiencia dunha muller que a pesar da súa obesidade consegue aceptarse e vivir feliz.
Romero, A. (2007). <i>Peso Cero</i> . Valencia: Diálogo.	Novela na que Romero relata o que é a anorexia e as súas causas a través dos ollos dunha adolescente de catorce anos.
Sierra i Fabra, J. (2011). <i>Las chicas de alambre</i> . Barcelona: Alfaguara.	Novela negra na que Sierra i Fabra relata investigación dunha periodista sobre a morte de varias rapazas que se dedicaban ao mundo da moda.
Tomé, A. (2014). <i>Corazón de mariposa</i> . Barcelona: Plataforma editorial.	A autora conta os 16 anos que pasou enfrontándose á anorexia.
Valère, V. (1981). <i>El pabellón de los niños locos</i> . Barcelona: Plaza y Janés.	La autora, que acabou suicidándose, relata en primeira persoa a súa vivencia de catro meses ingresada nun centro psiquiátrico debido a un diagnóstico de anorexia. Este libro foi publicado tamén co título <i>Diario dunha anoréxica</i> .
Wilkinson, H. (1998). <i>Puppet on a String. A Young Girl's Fight to Survive Anorexia Nervosa</i> . Bel Air: Marshall Pickering.	Libro testemuño do proceso de recuperación da autora que durante a súa etapa coma estudante sufriu depresión e anorexia que conseguiu superar refuxiándose nas súas crenzas relixiosas.



ANEXO VI: FUNCIÓNS DO TRABALLADOR/A SOCIAL EN SAÚDE MENTAL





Funcións de atención directa	Función preventiva, de promoción e inserción social	Función de formación, docencia e investigación. Función de coordinación
<p>Recepción e acollida da persoa usuaria e da súa demanda explícita inicial</p> <p>Análise da demanda da persoa/familia usuaria</p> <p>Valoración socio-familiar</p> <p>Formulación do Diagnóstico Social</p> <p>Detección de situación de risco e/ou necesidades</p> <p>Detección de puntos fortes nas persoas/grupos</p> <p>Planificación da intervención social</p> <p>Acompañamento e asesoramento para o proceso de cambio da persoa usuaria</p> <p>Favorecer a socialización</p> <p>Favorecer e potenciar a autonomía das persoas ou grupos</p> <p>Informar e orientar no ámbito social, laboral e de lecer</p> <p>Seguemento e avaliación do proceso de intervención</p> <p>Apoiar e conter ás persoas/familias para que participen no proceso de cambio</p> <p>Informar sobre o acceso a recursos comunitarios e institucionais</p> <p>Derivación da persoa usuaria a recursos axeitados á súa situación ou aos protocolos que afecten á situación de cada persoa/familia</p> <p>Discusión do caso co equipo profesional para estruturar un plan de traballo en función das necesidades detectadas</p> <p>Dirixir grupos terapéuticos (terapia familiar)</p> <p>Apoio psicosocial ás persoas coidadoras dos/as doentes</p> <p>Xestión das relacións familiares para compartir e repartir as tarefas de coidado</p> <p><i>Counselling Etc.</i></p>	<p>Conseguir a adaptación do individuo ao medio social e familiar</p> <p>Informar, orientar, asesorar, facilitar e tramitar o acceso a recursos que faciliten a promoción ou inserción social</p> <p>Fomentar a creación de grupos de autoaxuda, asociacións, etc. e informar e orientar durante a creación e posta en marcha</p> <p>Prevención do illamento persoal/familiar/social</p> <p>Fomento das relacións sociais e de reforzo das redes sociais das persoas/familias</p> <p>Fomento da sensibilización das comunidades sobre aspectos sanitarios ou que xeren marxinación, estigmatización ou discriminación</p>	<p>Formación das persoas/familias sobre os aspectos da enfermidade do/a doente</p> <p>Formación da comunidade sobre aspectos sanitarios</p> <p>Formación do resto do equipo sobre aspectos da súa competencia</p> <p>Investigación para xerar coñecemento relevante e proceder a socializalo</p> <p>Coordinación con outros traballadores/as sociais</p>

Fonte: Adaptado de Colom, D. (2013). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC e Garcés, E. M. (2015). El rol del trabajador social en salud mental. En M. Miranda (Coord.). *Lo social en la salud mental (I)*. *Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 83-96). Prensas de la Universidad de Zaragoza.



Referencias bibliográficas

- Adrián, J. (2011). Heidegger y la Hermenéutica del cuerpo. *Revista Observaciones Filosóficas*, 1-28. Recuperado de <http://www.observacionesfilosoficas.net/heideggerylahermeneutica.html>.
- Agustín (2006). *La trinidad* (e. o. circa 426). Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Akey, J. E., Rintamaki, L. S. e Kane, T. L. (2013). Health belief model deterrents of social support seeking among people coping with eating disorders. *Affect Disorders*, 145, 246-252.
- Ali, K., Farrer, L., Fasnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. e Griffiths, K. M. (2017). Perceived Barriers and Facilitators Towards Help-Seeking for Eating Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. doi: 10.1002/eat.22598.
- Alonso, L. E. (1994). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. M. Delgado e J. Gutiérrez (Coords.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 225-240). Madrid: Síntesis.
- Alonso, L. E. (2003). *La mirada cualitativa en sociología* (2ª ed.). Madrid: Fundamentos.
- Álvarez Gómez, A. (2001). *El Racionalismo del siglo XVII*. Madrid: Síntesis.
- Álvarez-Uría, F. e Varela, J. (1994). *Las redes de la psicología. Análisis sociológico de los códigos médico-psicológicos*. Madrid: Libertarias/ProdhuFi.
- Álvarez-Uría, F e Varela, J. (2004). *Sociología, capitalismo e democracia*. Madrid: Morata
- Alvira, F. e Serrano, A. (2015). Diseños y estrategias de investigación social. En M. García, F. Alvira, L. E. Alonso e M. Escobar (Comps.). *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de investigación* (pp. 76-109). Madrid: Alianza Editorial.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anaxágoras (1985). Fragmentos probablemente auténticos. En N. L. Cordero, F. J. Oliveri, E. La Croce e C. Eggers (Trads.). *Los filósofos presocráticos* (Vol. II, pp. 396-402). Madrid: Gredos.
- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario del trabajo social*. Buenos Aires: Lumen.
- Ander-Egg, E. (1996). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Siglo XXI.
- Anderson, H. (2012). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Angermeyer, M. C., Mnich, E., Daubmann, A., Herich, L., Wegscheider, K., Kofahl, C. e von dem Knesebeck, O. (2013). Biogenetic explanations and public acceptance of people with eating disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1667-1673. doi: 10.1007/s00127-012-0648-9.
- Antenucci, M. e Leonelli, A. (2016). La crisis de la relación masculino/femenino. En L. Onnis (Dir.). *El tiempo congelado. Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad* (pp. 89-101). Barcelona: Gedisa.
- Appignanesi, L. (2009). *Mad, Bad and Sad. A History of women and the mind doctors from 1800 to the present* (2ª ed.). Londres: Virago Press.
- Arenal, C. (1993). *El visitador del pobre/La beneficencia, la filantropía y la caridad* (e.o. 1860). Madrid: Atlas.
- Arendt, H. (2002). *La vida del espíritu*. Barcelona: Paidós.
- Argyris, C. e Schön, D. A. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aristófanes (2007). *Lisístrata/Las Tesmoforias/Las Ranas/La Asamblea de mujeres/Pluto*. Madrid: Gredos.
- Aristóteles (1987a). *Acerca de la generación y la corrupción/Tratados breves de historia natural*. Madrid: Gredos.
- Aristóteles (1987b). *Metafísica* (2ª ed.). Madrid: Gredos.

- Aristóteles (1988a). *Tratados de lógica* (Vol. I e II). Madrid: Gredos.
- Aristóteles (1988b). *Acerca del alma*. Madrid: Gredos.
- Aristóteles (1990). *Retórica*. Madrid: Gredos.
- Aristóteles (1994). *Política*. Madrid: Gredos.
- Aristóteles (2004). *Problemas*. Madrid: Gredos.
- Aristóteles (2011). *Poética*. Madrid: Gredos.
- Ashikali, E.M. e Dittmar, H. (2010). Body image and restrained eating in blind and sighted women: A preliminary study. *Body Image*, 7, 172-175.
- Bacete, R. (2017). *Nuevos hombres buenos. La masculinidad en la era del feminismo*. Barcelona: Península.
- Bachelard, G. (1974). *La formación del espíritu científico* (3ª ed., e. o. 1938). Madrid: Siglo XXI.
- Bachelard, G. (1989). *Epistemología* (2ª ed.). Barcelona: Anagrama.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping Alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534-549.
- Baile, J. I. e González Calderón, M. J. (2016). *Trastorno por atracón*. Madrid: Pirámide.
- Bailey, S. R. (1998). An exploration of critical nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15, 8-14.
- Banks, M. (2010). *Los datos visuales en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Baños, R. M. e Miragall, M. (2015). Los trastornos alimentarios y sus causas. En M. A. Martínez Martín (Dir.). *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 51-96). Tarragona: Altaria.
- Barahona, P. (2006). *Historia de Grecia. Día a día en la Grecia Clásica*. Madrid: Libsa.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Barlett, Ch. P., Vowels, Ch. e Saucier, D. A. (2008). Meta-Analyses of the effects of media images on men's body-image concerns. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37, 3, 279-310.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé/Lumen.
- Beato, L., Herráiz, M. L. e Rodríguez, T. (2015). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de Trastornos de la Conducta Alimentaria?. En Mª A. Martínez Martín (Dir.). *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 23-48) Tarragona: Altaria.
- Beauvoir de, S. (2008). *El segundo sexo* (2ª ed., e. o. 1949). Madrid: Cátedra/Instituto de la Mujer.
- Beck, U. (2013). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Bell, R. M. (1985). *Holy Anorexia*. The University Chicago Press.
- Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages: reflections on the prehistory of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 19, 217-237.
- Bennett, S. (1984). *Razón y locura en la antigua Grecia*. Madrid: Akal.
- Bentall, R. P. (2011). *Medicalizar la mente ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*. Barcelona: Herder.
- Berger, P. e Luckmann T. (1984). *La construcción social de la realidad*. Madrid: Amorrortu.
- Bergson, H. (1994). *La evolución creadora* (e. o. 1907). Barcelona: Planeta-Agostini.
- Bernabé, A. (2011). *Platón y el orfismo. Diálogos entre religión y filosofía*. Madrid: Abada.
- Bernard, H. R., Wutich, A. e Ryan, G. W. (2017). *Analyzing Qualitative Research. Systematic Approaches* (2ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Bernardini, M. e Gianbartolomei, A. (2016). La adolescencia como fase de transición. Metamorfosis practicable e impracticable. En L. Onnis (Dir.). *El tiempo congelado. Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad* (pp. 105-118). Barcelona: Gedisa.
- Berrios, G. E. (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de cultura económica (FCE).
- Bly, N. (2009). *Diez días en un manicomio* (e.o. 1887). Barcelona: Ediciones Buck.

- Borkoles, E., Polman, R. e Levy, A. (2010). Type-D personality and body image in men: The role of exercise status. *Body Image*, 7, 39-45.
- Boscolo, L. e Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (2008). *El sentido práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2016). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto* (3ª ed., e. o. 1979). Barcelona: Taurus.
- Bourgery, J. M. e Jacob, N. H. (2015). *The complete Atlas of Human Anatomy and Surgery* (e. o. 1831-1854). Kohl: Taschen.
- Breton le, D. (2002a). *La Sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Breton le, D. (2002b). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Breton le, D. (2007). *El sabor del mundo: una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Breton le, D. (2010). Una antropología del cuerpo en un mundo contemporáneo. En J. E. Martínez Guirao e A. Téllez (Eds.). *Cuerpo y cultura* (pp. 185-202). Barcelona: Icaria.
- Breton le, D. (2016). *Desaparecer de sí. Una tentación contemporánea*. Madrid: Siruela.
- Brewer, J. e Hunter, A. (2006). *Foundations of Multimethod Research: Synthesizing Styles*. Thousand Oaks: Sage.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Nova York: BasicBooks.
- Brumberg, J. J. (1998). *The Body Project. An Intimate History of American Girls*. Nova York: Vintage Books.
- Brumberg, J. J. (2000). *Fasting Girls. The history of Anorexia nervosa*. Nova York: Vintage Books.
- Burgess, E. W. (1916). The Social Survey: A field for constructive service by Departments of Sociology. *American Journal of Sociology*, 21, 492-500.
- Burton, V. S. J. (1999). The consequences of official labels. A research note on rights lost by mentally ill, mentally incompetent, and convicted felons. *Community Mental Health Journal*, 26, 267-276.
- Butler, J. (2004). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2016). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Barcelona: Paidós.
- Cabot, R. (1930). Social Work in Hospitals. *Nosokomeion*, 1, 36-42.
- Calado, M. (2008). *Influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal y desórdenes alimentarios en estudiantes de secundaria*. Ourense: Universidade de Vigo.
- Calado, M. (2011). Incidencia y prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en España: Hacia el DSM-V. *Salud Mental*, 13(4), 4-9.
- Calado, M. e Lameiras, M. (2014). *Alteraciones de la imagen corporal, la alimentación y el peso ¿Son los medios de comunicación tan influyentes?*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Callejo, J. e Viedma, A. (2006). *Proyectos y estrategias de Investigación Social: la perspectiva de la integración*. Madrid: McGraw Hill.
- Campanini, A. e Luppi, F. (1996). *Servicio Social y modelo sistémico*. Barcelona: Paidós.
- Carabí, A. e Armengol, J. M. (Eds.) (2008). *La masculinidad a debate*. Barcelona: Icaria.
- Caracelli, V. J. e Greene, J. C. (1997). Crafting mixed-methods evaluation designs. En J. C. Green e V. J. Caracelli (Eds.). *Advances in mixed-method evaluation: the challenges and benefits of integrating diverse paradigms* (pp. 19-32). San Francisco: Jossey-Bass.
- Carbajo, G., Canals, J., Fernández-Ballart, J. e Doménech, E. (1995). Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. *Psiquis*, 16, 21-26.
- Carballeira, X. Mª. (Coord.) (2015). *Diccionario Xerais da Lingua* (10ª ed.). Vigo: Xerais.
- Caro Baroja, J. (1991). *Vidas mágicas e Inquisición* (Vol. I). Barcelona: Círculo de lectores.

- Carroll, L. (1970). *Alicia en el país de las maravillas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cartledge, P. (2004). *Los griegos*. Barcelona: Crítica.
- Casco, M., Natera, G. e Herrejón, M. E. (1987). La actitud hacia la enfermedad mental, una revisión bibliográfica. *Salud Mental*, 10 (2), 41-53.
- Cash, T. F. (2002). A "Negative Body Image": Evaluating Epidemiological Evidence. En T. F. Cash e B. Pruzinsky (Eds.). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 269-276). Nova York: Guilford Press.
- Caso, A. (2001). *Giuseppe Verdi. La intensa vida de un genio*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social; una crónica del asalariado*. Buenos Aires; Paidós.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta.
- Castel, R., Castel, F. e Lovell, A. (1982). *The Psychiatric Society*. Nova York: Columbia University Press.
- Castoriadis, C. (1983). *La Institución imaginaria de la sociedad* (Vol. I). Barcelona: Tusquets
- Castoriadis, C. (1989). *La Institución imaginaria de la sociedad* (Vol. II). Barcelona: Tusquets
- Cea D'Ancona, M. A. (2001). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cea D'Ancona, M. A. (2012). *Fundamentos y aplicaciones en metodología cuantitativa*. Madrid: Síntesis.
- Ceberio, M. R. e Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. R. e Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo* (2ª ed.). Barcelona: Herder.
- Cervera, M. (2007). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- Chermonas, P. W., Calrke, D. E. e Chisholm, F. A. (2000). Perspectives of women with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51, 1517-1521.
- Chernin, K. (1994). *The Hungry Self: women, eating and identity*. Nova York: Harper Collins.
- Chesler, Ph. (1972). *Women & Madness*. Nova York: Avon.
- Chinchilla, A. (2015). Conocimientos básicos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. En M. A. Martínez Martín (Dir.). *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 127-171). Tarragona: Altaria.
- Clayton, M. e Philo, R. (2011). *Leonardo da Vinci. Anatomía*. Windsor: Edimat.
- Cockerham, W. C. (1996). *Sociology of Mental Disorder* (4ª ed. rev.). Nova Jersey: Prentice Hall.
- Cockerham, W. C. (2002). *Sociología de la Medicina* (8ª ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Cockerham, W. C. (2013). *Medical Sociology on the move. New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer
- Cockerham, W. C. (2017). *Sociology of Mental Disorder* (10ª ed. rev.). Nova York: Routledge.
- Cole, S. e Le Jeune, R. (1972). Illness and the legitimation of failure. *American Review*, 37, 347-356.
- Coller, X. (2000). *Estudio de caso*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Conrad, P. (2001). *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives* (6ª ed.). Nova York: Worth Publishers.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. (2013). Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. En W. C. Cockerham (Ed.). *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory* (pp. 195-214). Dordrecht: Springer.
- Conrad, P. e Leiter (Eds.) (2003). *Health and Health Care as Social Problems*. Lanham: Rowan & Littlefield Publishers.
- Coromines, J. (2008). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana* (3ª ed., e. o. 1964). Madrid: Gredos.
- Coveney, J. (2006). *Food, Morals and Meaning. The pleasure and anxiety of eating* (2ª ed.). Abigdon: Routledge.

- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, J. W. e Plano, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Crisp, A. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Reviews*, 13, 147-152.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E. e Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 2, 106-113.
- Darwin, Ch. (2008). *Autobiografía* (e. o. 1887). Madrid: Laetoli.
- Darwin, Ch. (2009). *La expresión de las emociones* (e. o. 1872). Madrid: Laetoli.
- Day, E. N., Edgren, K. e Eshleman, A. (2007). Measuring Stigma toward Mental Illness: Development and Application of the Mental Illness Stigma Scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(10), 2191-2219.
- Debord, G. (2015). *La sociedad del espectáculo* (2ª ed.). Valencia: Pre-Textos.
- Deegan, M. J. (1997). The Chicago men and the Sociology of Women. En K. Plummer (Ed.). *The Chicago School. Critical Assessments* (Vol. I, pp. 198-230). Nova York: Routledge.
- Delgado, J. M. e Gutiérrez, J. (Coords.) (1994). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Denzin, N. (1989). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods* (3ª ed. rev.). Nova Jersey: Prentice Hall.
- Descartes, R. (1981). *Discurso del método/La Dióptrica/Los Meteoros/La Geometría* (e. o. 1637). Madrid: Alfaguara.
- Descartes, R. (1986). *Discurso del método/Meditaciones cartesianas* (e. o. 1637/1641). Madrid: Espasa-Calpe.
- Descartes, R. (1990). *El tratado del hombre* (e. o. 1664). Madrid: Alianza Editorial.
- Detienne, M. (2010). *Los jardines de Adonis* (e. o. 1972). Madrid: Akal.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A. e Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology?. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 2-18.
- Devlin, M. J. (2007). Is there place for Obesity in DSM-V?. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 83-88.
- Dióxenes Laercio (2007). *Vida de los filósofos ilustres*. Madrid: Alianza Editorial.
- Dittmar, H., Halliwell, E. e Ive, S. (2006). Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5 to 8-year-old girl. *Developmental Psychology*, 42, 283-292. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.283.
- Dodds, E. R. (1994). *Los griegos y lo irracional* (e.o. 1951). Madrid: Alianza Editorial.
- Doley, J. R., Hart, L. M., Stukas, A. A., Petrovic, K., Bouguettaya, A. e Paxton, S. J. (2017). Interventions to reduce the stigma of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 210-230. doi: 10.1002/eat.22691.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales* (e. o. 1970). Madrid: Alianza Editorial.
- Dovidio, J. F., Glick, P. e Rudman, L. A. (2005). *On the Nature of Prejudice. Fifty years after Allport*. Malden: Blackwell Publishing.
- Duch, Ll. e Mèlich, J. C. (2005). *Antropología de la vida cotidiana. Escenarios de la corporeidad*. Madrid: Trotta.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio* (2ª ed. rev., e.o. 1897). Madrid: Akal.
- Edwards, A. (2005). *Maria Callas*. Barcelona: Círculo de lectores.
- EggersLan, C. (Coord.) (1986). *Los filósofos presocráticos* (Vol. I). Madrid: Gredos.
- Ekman, P. (2013). *El rostro de las emociones*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Elías, N. (2016). *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas* (4ª ed., e. o. 1977-1979). México: Fondo de Cultura Económica (FCE).

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 8 (196), 129-136.
- Epicuro (1991). *Obras*. Madrid: Tecnos.
- Epston, D. (1998). "Catching up" with David Epston: A collection of narrative practice-based papers (1991-1996). Adelaida: Dulwich Centre Publicacions.
- Epston, D. e Brock, Ph. (1994). Enfoque estratégico para resolver un caso de desnutrición extrema. En D. Epston. *Obras escogidas* (pp. 165-177). Barcelona: Gedisa.
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F. e Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos de alimentación. *Psicothema*, 13 (4), 533-538.
- Esquirol, J. M. (2016). *La resistencia íntima: ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona: Acantilado.
- Estruch, J. e Güell, A. M. (1976). *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales*. Barcelona: Península.
- Evans, E. J., Hay, P. J., Mond, J., Paxton, S. J., Quirk, F., Rodgers, B., Jhaji, A. K. et al. (2011). Barriers to help-seeking in young women with eating disorders: A qualitative exploration in a longitudinal community survey. *Eating Disorders*, 19(3), 270-285. doi: 10.1080/10640266.2011.566152.
- Fairburn, C. G., Cowen, P. J. e Harrison, P. J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 26 (4), 349-358.
- Fairburn, C. G. e Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
- Farnham, C. R., Zippel, A. M., Tyrell, W. e Chittinanda, P. (1999). Health status risk factors of people with severe and persistent mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37, 16-21.
- Farrington, B. (1992). *Ciencia y Filosofía en la Antigüedad* (3ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Faure, O. (2005). La mirada de los médicos. En A. Corbin (Dir.). *Historia del cuerpo. De la Revolución Francesa a la Gran Guerra* (pp. 23-56). Madrid: Taurus.
- Faus, G. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en varones. En M. A. Martínez Martín (Dir.). *Todo sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 191-214). Tarragona: Altaria.
- Fernández Álvarez, M. (2002). *Casadas, monjas, ramerías y brujas*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Fernández García, T., De Lorenzo, R. e Vázquez, O. (Eds.) (2012). *Diccionario de trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ferrater, J. (1988). *Diccionario de Filosofía* (Vol. I). Madrid: Alianza Editorial.
- Ferrater, J. (1990). *Diccionario de Filosofía* (Vol. IV). Madrid: Alianza Editorial.
- Fisch, R., Weakland, J. H. e Segal, L. (2003). *La táctica del cambio* (4ª ed.). Barcelona: Herder.
- Fischler, C. (1995). *El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Foucault, M. (1988). *Vigilar y castigar* (15ª ed., e. o. 1975). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2005a). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (2005b). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. I). México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Foucault, M. (2007a). *Historia de la locura en la época clásica* (2ª ed. Vol. II, e. o. 1961). México: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Foucault, M. (2007b). *El nacimiento de la clínica* (e. o. 1963). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010). *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Fox, N. e Ward, K. (2006). Health identities: from expert patient to resisting consumer. *Health*, 10(4), 461-479. doi: 10.1177/1363459306067314.
- Fraga, F. (2017). *Maria Callas: El adiós a la diva*. Madrid: Fórcola.

- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Barcelona: Ariel.
- Frazer, J. G. (2011). *La rama dorada* (3ª ed. rev., e. o. 1890). Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Frederickson, B. e Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Nova York: Harper and Row.
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D. e Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35(3), 215-223.
- Fresán, A., Berlanga, C., Robles-García, R., Álvarez-Icaza, D. e Vargas-Huicochea, I. (2013). Alfabetización en salud mental en el trastorno bipolar: Asociación con la percepción de agresividad y el género en estudiantes de medicina. *Salud Mental*, 36, 229-234.
- Freud, S. (2001). *Obras completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (1886-1899) (2ª ed., Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). *Conferencias de introducción á psicanálise* (e. o. 1915-17). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela (USC).
- Friedland, W. H. (1994). La Nueva Globalización: el caso de los productos frescos. En A. Bonnano (Ed). *La Globalización del Sector Agroalimentario* (pp. 273-309). Madrid: Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente.
- Fromm, E. (1993). *El miedo a la libertad* (e. o. 1941). Barcelona: Planeta-Agostini.
- Fukuyama, F. (2002). *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*. Barcelona: Ediciones B.
- Fullagar, S. (2003). Governing women's active leisure: the gendered effects of calculation rationalities within Australian health policy. *Critical Public Health*, 13, 47-60.
- Gage, N. (2002). *Fuego Griego. La historia de Maria Callas y Aristóteles Onassis* (3ª ed.). Barcelona: Plaza y Janés.
- Galán, E. (2007). *La imagen social de la mujer en las series de ficción*. Cáceres: Universidad de Extremadura/Instituto de la Mujer.
- Galeno (1997). *Sobre la localización de las enfermedades*. Madrid: Gredos.
- Garcés, E. M. (2015). El rol del trabajador social en salud mental. En M. Miranda (Coord.). *Lo social en la salud mental (I). Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 83-96). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- García Marín, J. (1997). *Aproximación sociológica a los servicios sociales*. A Coruña: Diputación de A Coruña.
- García-Sabell, D. (1966). *Notas para una antropología del hombre gallego*. Madrid: Península.
- Gardner, R. M. (1996). Methodological Issues in Assessment of the Perception component of Body Image Disturbance. *British Journal of Psychology*, 87, 327-337.
- Garfinkel, P. E. e Garner, D. M. (1982). *Anorexia Nervosa a multidimensional perspective*. Nova York: Brunner/Mazel Publishers.
- Garner, D. M. e Garfinkel, D. E. (1984). *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Nova York: Guilford Press.
- Gelo, O. C., Vilei, A., Maddux, J. E. e Gennaro, A. (2015). Psychopathology as Social Construction: The Case of Anorexia Nervosa. *Journal of constructivist Psychology*, 28(2), 105-125. doi: 1001080/10720537.2013.858087.
- Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M. e Signorelli, N. (1994). Growing up with television: The cultivation perspective. En J. Bryant e D. Zillmann (Eds.). *Media effects: Advances in theory and research* (pp. 17-41). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Geremek, B. (1989). *La piedad y la horca*. Madrid: Alianza Editorial.

- Geremek, B. (1991). *La estirpe de Caín. La imagen de los vagabundos y de los pobres en las literaturas europeas de los siglos XV al XVII*. Madrid: Mondadori.
- Gergen, K. J. (2011). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. J. e Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Geymonat, L. (1985). *Historia de la filosofía y de la ciencia* (Vol. I). Madrid: Crítica.
- Gil, E. (2000). *Medias miradas. Un análisis cultural de la imagen femenina*. Barcelona: Anagrama.
- Gil, J. (Dir.) (2015). *300 historias de palabras. Cómo nacen y llegan hasta nosotros las palabras que usamos*. Barcelona: Círculo de lectores.
- Gil, L. (2004). *Therapeia. La medicina popular en el mundo clásico*. Madrid: Triacastela.
- Gil, E., Ortiz, T. e Fernández, M. L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención Primaria*, 39, 7-13.
- Gilmore, D. D. (1994). *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós.
- Goffman, E. (2012). *Estigma. La identidad deteriorada* (2ª ed., e. o. 1963). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gold, S. J. (1991). Ethnic boundaries and ethnic entrepreneurship: a photo-elicitation study. *Visual Sociology*, 6(2), 9-22. doi: 10.1080/14725869108583688.
- Gondar, M. (1994). Antropoloxía aplicada e saúde. Espacios de encontro. En E. González Fernández (Coord.). *Cultura e saúde mental. Aproximacións antropolóxicas á clínica psiquiátrica en Galicia* (pp. 39-53). s.l.: Xunta de Galicia.
- Gondar, M. (1999). *Crítica da razón galega: Entre o nós-mesmos e o nós-outros* (3ª ed.). Vigo: A Nosa Terra.
- González Fernández, E. e García Cortázar, P. (1994). Pailáns “Despaletillados”. (A panetilla caída). En E. González Fernández (Coord.). *Cultura e saúde mental. Aproximacións antropolóxicas á clínica psiquiátrica en Galicia* (pp. 75-90). s.l.: Xunta de Galicia.
- González Pardo, H. e Pérez Álvarez, M. (2014). *La invención de trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goody, J. (1995). *Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada*. Barcelona: Gedisa.
- Gorden, R. (1987). *Interviewing. Strategy, Techniques and Tactics* (3ª ed.). Illinois: Dorsey Press.
- Gordon, R. A. (1994). *Anorexia y Bulimia. Anatomía de una epidemia social*. Barcelona: Ariel.
- Gordon Hamilton, A. (1965). *Theory and Practice of Social Case Work* (2ª ed.). Nova York: Columbia University Press.
- Gorgias (1996). Encomio de Helena. En A. Melero (Trad.). *Sofistas. Testimonios y fragmentos* (pp. 200-211). Madrid: Gredos.
- Gøtzsche, P. C. (2016). *Psicofármacos que matan y denegación organizada*. Barcelona: Los libros del lince.
- Gracia-Arnáiz, M. (1997). *La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias de un contexto urbano*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.
- Gracia-Arnáiz, M. (Coord.) (2002). *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*. Barcelona: Ariel.
- Gracia-Arnáiz, M. (2010). (Des) encuentros entre comida, cuerpo y género. En J. E. Martínez Guirao e A. Téllez (Eds.). *Cuerpo y cultura* (pp. 79-107). Barcelona: Icaria.
- Gracia-Arnáiz, M. (2015). *Comemos lo que somos. Reflexiones sobre cuerpo, género y salud*. Barcelona: Icaria.
- Gracia-Arnáiz, M. e Comelles, J. M. (Eds.) (2007). *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.
- Grilo, C. M. (2002). Binge Eating Disorder. En C. G. Fairburn e K. D. Brownell (Eds.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (2ª ed.) (pp. 178-182). Nova York: Guilford Press.

- Groesz, L. M., Levine, M. P. e Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Grube, G. M. A. (1987). *El pensamiento de Platón*. Madrid: Gredos.
- Guerdjikova, A. I., O'Melia, A. M., Mori, N., McCoy, J. e McElroy, S. L. (2012). Binge eating disorder in elderly individuals. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 905-908.
- Guimón, J. (2013). Las psicoterapias en la asistencia psiquiátrica del siglo XXI. En J. Guimón e J. M. Chouza (Coords.). *El psiquiatra y la psicoterapia* (pp. 15-37). Madrid: Eneida.
- Guimón, J. e Chouza, J. M. (2013). Presente y futuro de la formación de los psiquiatras en psicoterapia. En J. Guimón e J. M. Chouza (Coords.). *El psiquiatra y la psicoterapia* (pp. 87-96). Madrid: Eneida.
- Günter, G. (1962). Cybernetic Ontology and Transjunctonal Operations. En M. C. Yovits, G. T. Jacobi e G. D. Goldstein (Eds.). *Self-Organizing Systems* (pp. 313-392). Washington: Spartan Books.
- Guthrie, W. K. C. (1990). *Historia de la Filosofía: Platón. El hombre y sus diálogos* (Vol. IV). Madrid: Gredos.
- Guthrie, W. K. C. (1993). *Historia de la Filosofía: introducción a Aristóteles* (Vol. VI). Madrid: Gredos.
- Guthrie, W. K. C. (2003). *Orfeo y la religión griega* (e. o. 1935). Madrid: Siruela.
- Gutiérrez, J. (2014). *Dinámica del grupo de discusión*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Guy, J. D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Habermas, T. (1989). The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *International Journal of Eating Disorder*, 8, 259-273.
- Habermas, T. (1992). Further evidence on early case descriptions of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 11-4, 351-359.
- Haedt-Matta, A. A., Zaltab, A. K., Forbush, K. T. e Keel, P. K. (2012). Experimental evidence that changes in mood cause changes in body dissatisfaction among undergraduate women. *Body Image*, 9, 221-226.
- Hahn, R. A. (1995). *Sickness and Healing: An anthropological perspective*. New Haven: Yale University Press.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. e Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Halmi, K. A. (1983). Advances in anorexia nervosa. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4, 1-23.
- Harper, D. (2015). ¿Cuáles son las novedades visuals?. En N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Coords.). *Manual de investigación cualitativa. Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 235-261). Barcelona: Gedisa.
- Harris, M. (1982). *El materialismo cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Harris, M. (1990). *Bueno para comer*. Madrid: Alianza Editorial.
- Harris, M. (2006a). *Vacas, cerdos, guerras y brujas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Harris, M. (2006b). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Harris, M. (2009). *Canívaes y reyes*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F. e Paxton, S. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorder: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31, 727-735. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.004.
- Havelock, E. A. (2002). *Prefacio a Platón* (2ª ed., e. o. 1963). Madrid: A. Machado Libros.
- Heidegger, M. (1995). *Caminos de bosque*. Madrid: Alianza Editorial.

- Heidegger, M. (2002). *Nietzsche* (5ª ed., Vol. I, e. o. 1961). Barcelona: Destino.
- Heidegger, M. (2012). *Ser y tiempo* (3ª ed., e. o. 1927). Madrid: Trotta.
- Heidegger, M. (2013). *Seminarios de Zollikon* (e. o. 1987). Barcelona: Herder.
- Heinberg, L. J., Thomson, J. K. e Stormer, S. (1995). Development and validation of the socio-cultural attitudes toward appearance scale (SATAQ). *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Helgeson, V. S. (2009). *The psychology of gender* (3ª ed.). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. Londres: Sage.
- Heráclito (1986). Heráclito. El hombre: Conducta y conocimiento. En C. Eggers e V. E. Juliá (Trad.). *Los filósofos presocráticos* (Vol. I, pp. 356-372). Madrid: Gredos.
- Hernández de la Fuente, D. e López Melero, R. (2014). *Civilización griega*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hernández Sandoica, E. (Ed.) (2016). *Espacio público y espacio privado. Miradas desde el sexo y el género*. Madrid: Abada.
- Herrera, P. (2010). *Del comer al nutrir. La ignorancia ilustrada del comensal moderno*. Madrid: Plaza y Valdés.
- Hinojosa, S. (2009). *Santa anorexia. La noche oscura del cuerpo*. Madrid: Maia Ediciones.
- Hipócrates (2007). *Tratados*. Madrid: Gredos.
- Hobbes, T. (2000). *Tratado sobre el cuerpo* (e. o. 1655). Madrid: Trotta.
- Hobbes, T. (2012). *Leviatán, o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil* (2ª ed., e. o. 1651). México: Fondo de Cultura Económica.
- Hollis, F. (1990). *Casework: a psychosocial therapy* (4ª ed.). Nova York: McGraw Hill.
- Homero (2005). *Odisea*. Madrid: Alianza Editorial.
- Homero (2010). *Ilíada*. Madrid: Alianza Editorial.
- Horvath, A. O. (1995). The therapeutic relationship: From transference to Alliance. *In Session*, 1, 7-17.
- Horwitz, A. V. (1982). *The Social Control of Mental Illness. Studies on Law and Social Control*. Nova York: Academic Press.
- Horwitz, A. V. (2003). *Creating Mental Illness*. The University of Chicago Press.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. e Miller, S. D. (2006). *The Heart & Soul of Change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. e Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hugo, V. (2004). *Los miserables* (e. o. 1862, Vol. I). Barcelona: Círculo de lectores.
- Hunter, A. e Brewer, J. (2003). Multimethod Research in Sociology. En A. Tashakori e Ch. Teddlie (Eds.). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 577-594). Thousand Oaks: Sage.
- Husserl, E. (1986). *Meditaciones cartesianas* (e. o. 1931). Madrid: Tecnos.
- Husserl, E. (1994). *Problemas fundamentales de la fenomenología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Husserl, E. (2014). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro II: investigaciones fenomenológicas sobre la constitución* (e. o. 1952). México: Fondo de Cultura Económica/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ibáñez, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de investigación social*. Madrid: Siglo XXI.
- Ibáñez, J. (1992). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica* (3ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Imber-Black, E., Roberts, J. e Whiting, R. (Comps.) (1997). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia* (2ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- Ivins, W. M. (1964). *Art and Geometry. A Study in Space Intuitions*. Nova York: Dover.
- Jaeger, W. (1984). *Aristóteles* (e. o. 1923). México: Fondo de Cultura Económica.
- Jaeger, W. (1990). *Paideia* (e. o. 1934-1947). México: Fondo de Cultura Económica.

- Jara, J. (1998). *Nietzsche, un pensador póstumo. El cuerpo como centro de gravedad*. Barcelona: Anthropos.
- Jaspers, K. (2014). *Psicopatología general* (e. o. 1913). México: Fondo de Cultura Económica.
- Jáuregui, I. (2006). *La imagen de una sociedad enferma: anorexia, bulimia, atracones y obesidad*. Sevilla: Grafema.
- Jáuregui, I. (2007). *Conducta alimentaria y sus alteraciones en la picaresca española*. s.l.: Díaz de Santos.
- Jay, M. (2007). *Ojos abatidos. La denigración de la visión en el pensamiento francés del siglo XX*. Madrid: Akal.
- Jenks, C. (1995). The centrality of the eye in western culture: an introduction. En C. Jenks (Ed.). *Visual Culture* (pp. 1-25). Londres: Routledge.
- Jones, W. R., Saeidi, S. e Morgan, J. F. (2013). Knowledge and attitudes of psychiatrists towards eating disorders. *European Eating Disorders Reviews*, 21, 84-88.
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F. (2011). Mental Health Literacy. Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychologist*, 67, 3, 231-243. doi: 10.1037/a0025957.
- Jorm, A. e Griffin, K. M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorder: how important are biomedical conceptualizations?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 315-321. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01251.x.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. e Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A. F., Reavley, N. J. e Ross, A. M. (2012). Belief in the dangerousness of people with mental disorders: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(11), 1029-1045. doi: 10.1177/0004867412442406.
- Kant, I. (1989). *Crítica de la razón pura* (e. o. 1781). Madrid: Alfaguara.
- Kant, I. (1991). *Antropología* (e. o. 1798). Madrid: Alianza Editorial.
- Kemper, E. A., Stringfield, S. e Tiddlie, Ch. (2003). Mixed methods sampling strategies in Social Science Research. En A. Tashakkori e Ch. Teddlie (Eds.). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 273-296). Thousand Oaks: Sage
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. L., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S. et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904-914. doi: 1001016/j.biopsych.2012.11.020.
- Kesting, J. (s. f.). *Los años más brillantes de una diva: Maria Callas*. s.l.: Membran.
- Kimmel, M. S. (Ed.) (1987). *Changing Men. New Directions in Research on Men and Masculinity*. Newbury Park: Sage.
- Kimmel, M. S. (2010). *Misframing Men: The Politics of Contemporary Masculinities*. Nova Jersey: Rutgers University Press.
- Kingsley, P. (2018). *Filosofía antigua, misterios y magia* (2ª ed.). Madrid: Atalanta.
- Kirk, S. A., Gomory, T. e Cohen, D. V. (2013). *Mad Science: Psychiatric coercion, diagnosis and drugs*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Kleinke, Ch. L. (2002). *Principios comunes en terapia* (4ª ed.). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988a). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Nova York: BasicBooks.

- Kleinman, A. (1988b). *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. Nova York: The Free Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. Eisenberg, L. e Good, B. (1978). Culture, Illness and Care: lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annal of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- Klump, K. L., McGue, M. e Lacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors preadolescent and adolescent female twins. *Journal of abnormal psychology*, 109 (2), 239.
- Korzybski, A. (1950). *Science and Sanity*. Lakeville: The International Non-Aristotelian Library Publishing.
- Kuhn, T.S. (1994). *La estructura de las revoluciones científicas* (e.o. 1962), Madrid: Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Labora, J. J. (2016). La evolución de la percepción social de los trastornos de la conducta alimentaria, y de la imagen, de los trabajadores/as sociales y su influencia en la práctica profesional. *Imagonautas. Revista interdisciplinaria sobre imaginarios sociales*, 8, 27-49.
- Laín Entralgo, P. (1987). *El cuerpo humano. Oriente y Grecia Antigua*. Madrid: Espasa Calpe.
- Laín Entralgo, P. (2005). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica* (2ª ed.). Barcelona: Anthropos.
- Lakoff, G. e Johnson, M. (1991). *Metáforas de la vida cotidiana* (2ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Lama, M. X. (2017). *Rosalía de Castro. Cantos de independencia e liberdade (1837-1863)*. Vigo: Galaxia.
- Lambert, M. J. (1992). *The Handbook of Psychology Integration*. Nova York: BasicBooks.
- Lambert, M. J. e Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Pscycotherapy Outcome. En J. C. Norcross (Ed.). *Psycotherapy Relationships That Works* (pp. 17-32). Oxford University Press.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos a Freud*. Madrid: Cátedra.
- Lasègue, Ch. (2000). Sobre la anorexia histérica. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*, XX, 74, 271-282.
- Lawrence, M. (1987). Education and Identity: The Social Origins of Anorexia. En M. Lawrence (Ed.). *Fed Up and Hungry*. Londres: The Women's Press.
- Lawrence, M. (1998). *The Anorexic Experience* (5ª reimp.). Londres: The Women's Press.
- Leavey, G., Vallianatou, C., Johnson-Sabine, E., Rae, S. e Gunpath, V. (2011). Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service: A qualitative analysis of failure to attend. *Eating Disorders*, 19, 425-440.
- Lee, S. (2001). Fat fobia in anorexia nervosa: Whose obsession is it?. En M. Nasser, M. A. Katzman e R. A. Gordon (Eds.). *Eating Disorders and Cultures in Transition* (pp. 40-54). Nova York: Brunner/Routledge.
- Levine, M. P. e Champman, K. (2011). Media influences on body image. En T. F. Cash e L. Slomak (Eds.). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2ª ed., pp. 101-109). Nova York: Guilford Press.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Stueve, M. e Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerouness, and social distance. *American Journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Link, B. G. e Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lipovetsky, G. (2007). *La tercera mujer* (6ª ed.). Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2010). *La felicidad paradójica* (2ª ed.). Barcelona: Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2016). *De la ligereza*. Barcelona: Anagrama.
- Lisón Tolosana, C. (1981). *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega* (2ª ed.). Madrid: Akal.

- Lisón Tolosana, C. (1983). *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia* (2ª ed.). Madrid: Akal.
- List, M. (2010). De los cuerpos de los hombres a las masculinidades diversas. En J. E. Martínez Guirao e A. Téllez (Eds.). *Cuerpo y cultura* (pp. 203-224). Barcelona: Icaria.
- Loeb, M. B. (1960). *The Backdrop for Social Research: Theory Making and Model Building*. Nova York: L.S. Kogan.
- López-Guimerà, G., Levine, M. P., Sánchez-Carracedo, D. e Fauquet, J. (2010). Influence of Mass Media on Body Image and Eating Disordered Attitudes and Behaviors in Females: A Review of Effects and Processes. *Media Psychology*, 13, 387-416. doi: 10.1080/15213269.2010.525737.
- López Melero, R. (2010). *Así vivieron en la antigua Grecia* (2ª imp.) Madrid: Anaya.
- López Méndez, E. e Costa Cabanillas, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades: Una crítica radical de la psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- López-Ibor, J. J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (1), 1-9.
- Lorenzo de, J. (1991). *El racionalismo y los problemas del método*. Madrid: Cincel.
- Luaces, X. (2003). Una realidad que supera toda ficción. *Gramophone*, 12, 1, 14-19.
- Luhmann, N. (1996). *Introducción a la teoría de Sistemas*. México: Anthropos/Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (1998a). *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos/Universidad Iberoamericana de México.
- Luhmann, N. (1998b). *Complejidad y modernidad: de la unidad a la diferencia*. Madrid: Trotta.
- Luhmann, N. (2000). *La realidad de los medios de masas*. Barcelona: Anthropos/Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo* (3ª ed.). México: Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2007a). *La sociedad de la sociedad*. Barcelona: Herder/Universidad Iberoamericana.
- Luhmann, N. (2007b). El concepto de riesgo. En J. Beriaín (Comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad* (pp. 123-153). Barcelona: Anthropos.
- Lutz, W. A. (1968). *Emerging models of Social Casework Practice*. University of Connecticut.
- Macionis, J. M. e Plumer, K. (2000). *Sociología*. Madrid: Prentice Hall.
- MacLean, S. A., Paxton, S. J., Massey, R., Hay, P. J., Mond, J. M. e Rodgers, B. (2014). Stigmatizing attitudes and beliefs about bulimia nervosa: Gender, age, education and income variability in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 353-361. doi: 10.1002/eat.22227.
- MacSween, M. (1996). *Anorexic bodies. A Feminist and Sociological Perspective on Anorexia Nervosa*. Londres: Routledge.
- Maddux, J. E., Gosselin, J. T. e Winstead, B. A. (2008). Conceptions of Psychopathology: A Social Constructionist Perspective. En J. E. Maddux e B. A. Winstead (Eds.). *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding* (pp. 3-18)(2ª ed.). Nova York: Routledge.
- Maisel, R., Epston, D. e Borden, A. (2004). *Biting the hand that starves you. Inspiring resistance to Anorexia/Bulimia*. Nova York: Norton.
- Malson, H. (1998). *The Thin Woman. Feminism, pos-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. Londres: Routledge.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Marshall, C. e Rossman, G. B. (1989). *Designing Qualitative Research*. Newbury Park: Sage.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A. e Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208-223.

- Martínez Hernáez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Mauss, M. (1971). *Sociología y Antropología* (e. o. 1950). Madrid: Tecnos.
- Mayes, R. e Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the Revolution in the clasification of Mental Illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 3, 249-267. doi: 10/1002/jhbs.20103.
- McLuhan, M. (1993). *La galaxia Gutenberg* (e. o. 1962). Barcelona: Círculo de lectores.
- McNamee, S. e Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- McNicholas, F., O'Connor, C., O'Hara, L. e McNamara, N. (2016). Stigma and treatment of eating disorders in Ireland: Healthcare professionals' knowledge and attitudes. *Irish Journal of Psychology Medicine*, 33, 21-31.
- Mead, M. (1993). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa* (e. o. 1939). Barcelona: Planeta-De Agostini.
- Mead, M. (1994). *Sexo y temperamento* (e. o. 1935). Barcelona: Planeta-De Agostini.
- Mercader, J. M., Ribasés, M., Gratacòs, M., González, J. R., Bayés, M., de Cid, R., Badía, A. et al. (2007). Altered brain-derived neutrophilic factor blood levels and gene variability are associated with anorexia and bulimia. *Genes, Brain and Behavior*, 6(8), 706-716. doi: 10.1111/j.1601-183X.2007.00301.x.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción* (e. o. 1945). Barcelona: Planeta-De Agostini.
- Mettrie la, J. O. (1987). *El hombre máquina* (e. o. 1747). Madrid: Alhambra.
- Michelet, J. (2008). *Historia del satanismo y la brujería*. Buenos Aires: Leviatán.
- Midelfort, H. C. E. (1972). *Witch Hunting in Southwestern Germany, 1562-1684: The Social and Intellectual Foundations*. Stanford: Stanford University Press.
- Miles, M. B. e Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods* (2ª ed.). Newbury Park: Sage.
- Ministerio de Sanidade, Servicios Sociales e Igualdad (2016). La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y cifras España. Recuperado de msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf.
- Ministerio de Sanidade, Servicios Sociales e Igualdad (2017). Los adolescentes españoles: estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Recuperado de msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_ResultadosEstudio.pdf.
- Minuchin, S. (1970). Treatment of a case of anorexia nervosa. Fourth International Congress of Child Psychiatry, Jerusalem, Agosto 3-7.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. e Baker, L. (1982). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context* (6ª ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar* (2ª ed.). Barcelona: Gedisa.
- Miranda, M. (2004). *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social*. Zaragoza: Mira.
- Miranda, M. (2015). Aportaciones desde las ciencias sociales. El concepto de Modelo médico hegemónico. El determinismo biológico. Kraepelinismo y neokraepelinismo. En M. Miranda (Coord.). *Lo social en la salud mental (I). Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 49-67). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Miranda, M. e Garcés, E. M. (2015). El Trabajo Social en salud. Justificación y orígenes. En M. Miranda (Coord.). *Lo social en la salud mental (I). Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 15-47). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Mishkind, M. E., Rodin, J., Silbersein, L. R. e Striegel-Moore, R. H. (1991). The Embodiment of Masculinity. Cultural, Psychological, and Behavioral Dimensions. En M. S. Kimmel (Ed.). *Changing Men. New directions in Research on Men and Masculinity* (pp. 37-52). Newbury Park: Sage.

- Montalbán, J. C. (2016). *Anorexia. Búsqueda de las señales gráficas para su posterior aplicación a la escuela*. Recuperado o 9 de noviembre de 2016 de <https://independent.academia.edu/JuanJoséLabora>.
- Montesinos, A. (2016). La mujer en el ciberespacio. En E. Alba, B. Ginés e L. Pérez Ochando (Eds.). *De-construyendo identidades. La imagen de la mujer desde la modernidad* (pp. 329-336). Universitat de València.
- Moore, H. L. (2004). *Antropología y feminismo* (4ª ed.). Madrid: Cátedra/Universitat de València/Instituto de la Mujer.
- Moreno, J. L. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Morgan, J. F. e Arcelus, J. (2009). Body Image in Gay and Straight Men: A Qualitative Study. *European Eating Disorders*, 17, 435-443. doi: 10.1002/erv.955.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morse, J. M. (2003). Principles of Mixed Methods and Multimethod Research Design. En A. Tasakkori e Ch. Teddlie (Eds.). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 189-208). Thousand Oaks: Sage.
- Mossé, C. (1990). *La mujer en la Grecia clásica*. Madrid: Nerea.
- Muñiz, E. (2010). En busca de la belleza ¿perfección o ficción?. En J. E. Martínez Guirao e A. Téllez (Eds.). *Cuerpo y cultura* (pp. 55-78). Barcelona: Icaria.
- Murcia, J. (2007). *De banquetes y batallas. La antigua Grecia a través de su historia y sus anécdotas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Murguía, M. (2004). *Los precursores* (e. o. 1885). Santiago de Compostela: La Voz de Galicia.
- Nardone, G. (2007). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2008). *No hay noche que no vea el día. La terapia breve para los ataques de pánico*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2009). *La dieta de la paradoja*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. e Selekman, M. (2013). *Hartarse, vomitar, torturarse*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Verbitz, T. e Milanese, R. (2011). *Las prisiones de la comida* (2ª ed.). Barcelona: Herder.
- Nicoll, Ch. (2016). *Leonardo. El vuelo de la mente* (9ª ed.). Madrid: Taurus.
- Nietzsche, F. (1988a). *La gaya ciencia* (e. o. 1882). Madrid: Akal.
- Nietzsche, F. (1988b). *Ecce homo* (e. o. 1889). Madrid: Alianza Editorial.
- Nietzsche, F. (1989). *Crepúsculo de los ídolos* (e. o. 1889). Madrid: Alianza Editorial.
- Nietzsche, F. (1990). *El Anticristo* (13ª reimp., e. o. 1888). Madrid: Alianza Editorial.
- Nietzsche, F. (1994). *Así habló Zaratustra* (e. o. 1883-1892). Madrid: Alianza Editorial.
- Nilson, M. P. (1925). *A History of Greek Religion*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy Relationships That Works*. Oxford University Press.
- Nussbaum, M. C. (1995). Objectification. *Philosophy & Public Affairs*, 24, 4, 249-291.
- Oakley, M. A., Wells, J. E. e McGee, M. A. (2006). Twelve-month and lifetime health service use in Te Rau Hinengaro: The New Zealand mental health survey. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 855-864.
- O'Hara, S. K. e Clegg, K. (2007). Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment?. *Patient Education and Counselling*, 68, 43-51. doi: 10.1016/j.pec.2007.04.006.
- Ong, W. J. (1969). World as View and World as Event. *American Anthropologist*, 71 (4), 634-647. doi: 10.1525/aa.1969.71.4.02a00030.
- Ong, W. J. (1993). *Oralidad y escritura. Tecnologías de la palabra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Onnis, L. (Dir.) (2016). *El tiempo congelado. Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Orbach, S. (1993). *Hunger Strike* (2ª ed.). Middlesex: Penguin.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Mental, behavioural or neurodevelopmental disorder*. Recuperado o 18 de xuño de 2018, de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>.
- Ortiz Lobo, A. (2017). *Hacia una Psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Ortega y Gasset, J. (2010). Vitalidad, alma, espíritu. En A. Serrano (Ed.). *Cuerpo vivido* (pp. 15-52). Madrid: Encuentro.
- Parsons, T. (1988). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2015). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Peláez, M. A., Raich, R. M. e Labrador, F. J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1, 62-75.
- Penn, D. L. e Martin, J. K. (1998). The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69, 235-247.
- Pereira, F. (2014). *Rosalía de Castro. Imaxe e realidade*. Vigo: Xerais.
- Pérez, A. M. (2009). De los imaginarios a las representaciones sociales. Notas para un análisis comparativo. En A. E. Carretero e J. R. Coca (Eds). *Sociologías de los márgenes* (pp. 285-302). Huelva: Hergué.
- Pérez Cosín, J. V. e Bueno, J. R. (2005). Identidades y representaciones del Trabajo Social. *Portularia*, V, 2, 165-173.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. e Amigo, I. (Coords.) (2015). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Perkins, Ch. (2000). *The Yellow Wallpaper* (e. o. 1890). Nova York: Dover Publications.
- Perloff, R. M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Feminist Forum Review*, 1- 15. doi: 10.1007/s11199-014-0384-6.
- Perpiñá, C. (2015). *Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos*. Madrid: Síntesis.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond Rational Choice: The Social Dynamic of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1092-1138.
- Pescosolido, B. A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness. What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. doi: 10.1177/0022146512471197.
- Pescosolido, B. A., Gardner, C. B. e Lubell, K. M. (1998). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and "muddling through" from "first timers. *Social science & medicine*, 46 (2), 275-286.
- Pescosolido, B. A. e Martin, J. K. (2007). Stigma and Sociological Enterprise. En W. R. Avison, J. D. Mcleod e B. A. Pescosolido (Eds.). *Mental Health, Social Mirror* (pp. 307-328). Nova York: Springer.
- Pescosolido, B. A. e Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology*, 116, 87-116.
- Pescosolido, B. A. e Olafsdottir, S. (2013). Beyond dichotomies: confronting the complexity of how and why individuals come or do not come to mental health care. *World Psychiatry*, 12(3), 269-271. Doi: 10.1002/wps-20072.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. e Pescosolido, B. A. (2000). Public conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996. What is Mental Illness and is it to be feared?. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 188-207.

- Phillipe, B. (1998). *El genio y la locura*. Barcelona: Ediciones B.
- Pimlott, S., Ahmenadi, B. K., Rios-Bedoya, C. F. e Anthony, J. C. (2011). Stigmatizing Clients with Mental Health Conditions: A Assessment of Social Work Student Attitudes. *Social Work Mental Health*, 9(4), 253-271. doi: 10.1080/15332985.2010.540516.
- Pintos, J. L. (1995). *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Madrid: Sal Terrae.
- Pintos, J. L. (1997). La nueva plausibilidad (La observación de segundo orden en Niklas Luhmann). *Anthropos*, 173-174, 126-132.
- Pintos, J. L. (2003). El metacódigo “relevancia/opacidad” en la construcción sistémica de las realidades. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas (RIPS)*, 2, 1-2, 21-34.
- Pintos, J. L. (2005). Comunicación, construcción de la realidad e imaginarios sociales. *Utopía y Praxis Latinoamericana. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 10, 29, 37-65.
- Pintos, J. L. (2014). Algunas precisiones sobre el concepto de imaginarios sociales. *Revista Latina de Sociología*, 4, 1-11.
- Planella, J. (2006). *Cuerpo, cultura y educación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Platón (1990). *Teeteto*. Madrid: Gredos.
- Platón (1992a). *Fedón/Banquete/Fedro*. Madrid: Gredos.
- Platón (1992b). *Filebo/Timeo/Critias*. Madrid: Gredos.
- Platón (1999). *Leyes* (Libros VII-XII). Madrid: Gredos.
- Platón (2013). *A República*. Universidade de Santiago de Compostela.
- Pomeroy, S. B. (1987). *Diosas, ramerías, esposas y esclavas*. Madrid: Akal.
- Ponce, O. G. (1997). *El médico enfermo. Análisis sociológico del conflicto de roles*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Porter, R. e Vigarello, G. (2005). Cuerpo, salud y enfermedad. En G. Vigarello (Dir.). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento a la Ilustración* (pp.323-357). Madrid: Taurus.
- Prior, A.N. (1976). *Historia de la lógica*. Madrid: Tecnos.
- Puentes, A. (2006). *Los orígenes del lenguaje*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rachet, G. (1995). *Diccionario de civilización griega*. Barcelona: Larousse.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M., Deus, J., Muñoz, J., Pérez, O. e Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 7, 305-315.
- Raich, R. M., Sánchez Carracedo, D. e López Guimerà, G. (2008). *Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación* (2ª ed.). Barcelona: Ministerio de Educación y Ciencia/Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rance, N. M., Clarke, V. e Moller, N. P. (2013). “If I see somebody...I’ll immediately scope them out”: Anorexia Nervosa clients’ perception of their therapists’ body. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 1-10. doi: 10.1080/10640266.2013.860847.
- Ranquet du, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.
- Read, J. (2007). Why promoting biological ideology increases prejudice against people labelled “schizophrenic”. *Australian Psychology*, 42, 118-128.
- Read, J. e Haslam, N. (2006). La opinión pública dice: Pasan cosas malas que pueden hacer que perdamos el juicio. En J. Read, L. R. Moshier e R. P. Bentall (Eds.). *Modelos de locura* (pp. 165-179). Barcelona: Herder.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. e Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 303-318.

- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed., Vol II). Madrid: Espasa Calpe.
- Reavley, N. J. e Jorm, A. F. (2011). *National Survey of Mental Health Literacy on Stigma*. Camberra: Department of Health and Ageing.
- Reavley, N. J., Morgan, A. J. e Jorm, A. F. (2017). Disclosure of mental health problems: findings from an Australian national survey. *Epidemiology and Psychiatric Science*, 1-21. doi 10.1017/5204579601600113X.
- Requena, M. (2016). De Hestia a Claudia Shiffer. La mujer inmóvil. En E. Alba, B. Ginés e L. Pérez Ochando (Eds.). *De-construyendo identidades. La imagen de la mujer desde la modernidad* (pp. 75-92). Universitat de València.
- Ricca, V., Manuzzi, E., Mezzani, B., Di Bernardo, M., Zucchi, T., Paionni, A., Placidi, G. P. A. et al. (2001). Psychopathological and clinical features of outpatients with eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorder*, 6(3), 157-165.
- Richmond, M.E. (1996). *El caso social individual* (2ª ed., e. o. 1922). Madrid: Talasa.
- Richmond, M. E. (2005). *Diagnóstico social* (e.o. 1917). Madrid: Siglo XXI/Consejo General de Diplomados en Trabajo social y Asistentes sociales.
- Ritzer, G. (1996). *La McDonalización de la sociedad: Un análisis de la racionalización en la vida cotidiana*. Barcelona: Ariel.
- Robertson, T., Walter, G., Soh, N., Hunt, G., Cleary, M. e Malhi, G. (2009). Medical students' attitudes towards a career in psychiatry before and after viewing a promotional DVD. *Australian Psychiatry*, 17 (4), 311-317. doi: 10.1080/10398560902874298.
- Rodin, M. P., Silberstein, L. e Striegel-Moore, R. H. (1984). Women and weight: A normative discontent. En T. B. Sonderegger (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation 1984* (pp. 267-307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rodríguez, J. A. e De Miguel, J. M. (1990). *Salud y poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez Testal, J. F. e Senín, M. C. (2013). Introducción. En J. F. Rodríguez Testal (Coord.). *Alteraciones de la imagen corporal* (pp. 17-56). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Carmona, L. (2008). Asistencia social y locura. *Documentos de Trabajo Social*, 51, pp. 204-218.
- Rogers, C. R. (2007). *El proceso de convertirse en persona* (17ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. R. (2010). *Psicoterapia centrada en el cliente* (7ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Rohde, E. (1994). *Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos* (e. o. 1890-4). México: Fondo de Cultura Económica.
- Romero, M. (1988). *El hospital del siglo XIX en la obra de Concepción Arenal*. Diputación de A Coruña.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(1), pp. 250-258.
- Ross, W. D. (2013). *Aristóteles* (e. o. 1923). Madrid: Gredos.
- Rubin, H. J. e Rubin, I. (2012). *Qualitative Interviewing. The Art of Hearing Data* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Teoría y práctica de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia Nervosa: an ominous variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9 (3), 429-448. doi: 10.1017/S0033291700031974.
- Russell, G. F. M. (2006). Bulimia nerviosa: perspectiva histórica de un nuevo trastorno. En F. J. Vaz (Coord.). *Bulimia nerviosa: perspectivas clínicas actuales* (pp. 1-10). Madrid: Ergon.
- Saguy, A. e Ward, A. (2011). Coming out as fat: Rethinking stigma. *Social Psychology Quarterly*, 50(4), 1-23.

- Saiz-Martínez, P. A., González, M. P., Bascarán, M. T., Fernández, J. M., Bousoño, M. e Bobes, J. (1999). Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27, 367-374.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. e Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183.
- San Martín, J. (1987). *La fenomenología de Husserl como utopía de la razón*. Barcelona: Anthropos.
- Sancho, F. (2011). “Locas” y “Fuertes”: Cuerpos precarios en el Guayaquil del siglo XXI. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 39, 97-110.
- Sanders, T. e Balzagette, P. (1994). *You don't have to diet*. Londres: Bantam.
- Sanjuán, J. (2016). *¿Tratar la mente o tratar el cerebro? Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos*. Bilbao: Desclée de Brouwer (DDB).
- Sartori, G. (2012). *Homo videns: la sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic Stigma of Mental Illness. *British Medical Journal*, 324(7352), 1470-1471.
- Sartre, J. P. (1993). *El ser y la nada*. Barcelona: Altaya.
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar* (2ª ed.). México: Pax México.
- Sauval, M. (2001). Anorexia y psicoanálisis. *Relatos de la clínica*, 2, 36-58. Recuperado de <http://psicomundo.com/relatos/pdf/relatos2.pdf>.
- Schiller, J. C. F. (2005). *Kallias. Cartas sobre la educación estética del hombre* (e. o. 1795). Barcelona: Anthropos.
- Scheff, T. (1970). *El rol de enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Scull, A. (1989). *Social Order/Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Scull, A. (2011). *Hysteria. The Disturbing History*. Oxford: Oxford University Press.
- Selvini, M. (Ed.) (1988). *The Works of Mara Selvini Palazzoli*. Londres: Jason Aronson.
- Selvini Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. Londres: Human ContextBooks.
- Selvini Palazzoli, M. (1985). Anorexia Nervosa: a Syndrome of the affluent society. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 4, 12-16.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin e Prata, G. (2010). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirilo, S., Selvini, M. e Sorrentino, A. M. (2002). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sennett, R. (2016). *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización* (6ª reimp.). Madrid: Alianza Editorial.
- Seveso, E. J. e Vergara, G. (2012). En el cerco. Los cuerpos precarios en la ciudad de Córdoba tras la crisis argentina de 2001. *Papeles del CEIC*, 1, 79, 1-38.
- Shakespeare, W. (1994). *Tragedias*. Barcelona: RBA.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry. From the era of the Asylum to the Age of Prozac*. Nova York: John Wiley & Sons.
- Showalter, E. (1995). *The female Malady. Women, Madness and English Culture 1830-1980*. Londres: Virago Press.
- Siaud-Facchin, J. (2017). *¿Demasiado inteligente para ser feliz? Las dificultades del adulto superdotado en la vida cotidiana* (4ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Signorini, A. (2009). *Tan fiera, tan frágil. La vida de Maria Callas*. Barcelona: Lumen.
- Snell, B. (2007). *El descubrimiento del espíritu. Estudios sobre la génesis del pensamiento europeo en los griegos* (e. o. 1946). Barcelona: Acantilado.
- Sófocles (2006). *Tragedias*. Madrid: Gredos.
- Spencer-Brown, G. (2008). *Laws of Form* (5ª ed.). Leipzig: Bohmeier Verlag.

- Spetigge, W. e Henderson, K. A. (2004). Eating Disorders and the Role of the Media. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 1, 16-19.
- Spinoza, B. (1987). *Ética* (e. o. 1661-1675). Madrid: Alianza Editorial.
- Spinoza, B. (1990). *Tratado breve* (e. o. 1660). Madrid: Alianza Editorial.
- Stake, R. E. (2013). Estudios de casos cualitativos. En N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Coords.). *Manual de investigación cualitativa. Las estrategias de investigación cualitativa* (pp. 154-197). Barcelona: Gedisa.
- Steanne, J. (1997). *Callas and Madama Butterfly* [compact disc]. Londres: EMI.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. Ch. e Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346-355. doi: 10.1080/10640266.2012.715512.
- Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Madrid: Kairós.
- Szasz, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal* (3ª ed., e. o. 1961). Buenos Aires: Amorrortu.
- Tanner, M. (2001). Maria Callas: la creación de un símbolo. *Audioclásica*, 52, 66-71.
- Tashakkori, A. e Teddlie, Ch. (Eds.) (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. Nova York: The Falmer Press.
- Thomas, T. (2008). Factors affecting career choice in psychiatry: a survey of RANZCP trainees. *Australian Psychiatry*, 16, 3, 179-182. doi: 10.1080/10398560701852008.
- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural Perspectives on Human Appearance. En T. F. Cash e L. Slomak (Eds.). *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (2ª ed., pp. 12-19). Nova York: Guilford Press.
- Tolstrup, K. (1990). Incidence and casuality of anorexia nervosa in a historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(361), 1-6.
- Thomson, B. W. (2001). *A hunger so wide and deep. A multiracial view of women's eating problems* (3ª ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2014). Epatogenia. En G. Morandé, M. Graell e M. A. Blanco (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque Integral* (pp. 237-240). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Toro, J. (2015). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad* (6ª imp.). Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Pérez, P. e Cuesta, L. (1989). Eating Attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 61-70.
- Torres, M. (2012). Imaginarios sociales de la enfermedad mental. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas (RIPS)*, 12, 2, 101-113.
- Torres, M. (2016). Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales. *Imagonautas*, 8, 50-63.
- Traversa, O. (1997). *Cuerpos de papel. Figuraciones del cuerpo en la prensa 1918-1940*. Barcelona: Gedisa.
- Trufó, M. e Sanjurjo, L. (2010). Cuerpos precarios. La construcción discursiva de los “cartoneros”, entre la invasión del espacio público y la gestión biopolítica. *Questión*, 1, 28, 1-18.
- Tur, D. (2016). La evolución de la imagen de la mujer en los videojuegos. En E. Alba, B. Ginés e L. Pérez Ochando (Eds.). *De-construyendo identidades. La imagen de la mujer desde la modernidad* (pp. 301-320). Universitat de València.

- Turner, B. S. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, B. S. (1995). *Medical power and social knowledge* (2ª ed.). Londres: Sage.
- Ussher, J. (1991). *Women's Madness. Misogyny or Mental Illness?*. Londres: Harvester Wheatsheaf.
- Valère, V. (1981). *El pabellón de los niños locos*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica*. Madrid: Síntesis.
- Valles, M. S. (2014). *Entrevistas cualitativas* (2ª ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Valls-Llobet, C. (2010). *Mujeres, salud y poder* (2ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Vandereycken, W. e Deth, R. van (1996). *From Fasting Saints to Anorexic Grils. The History of Self-Starvation*. Londres: The Athlone Press.
- Veblen, T. B. (2002). *Teoría de la clase ociosa* (2ª ed., e. o. 1899). México: Fondo de Cultura Económica.
- Verd, J. M. e López, P. (2008). La eficiencia teórica y metodológica de los diseños multimétodo. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 16, 13-42.
- Verd, J. M. e Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid: Síntesis.
- Vernant, J.-P. (1985). *Mito y pensamiento en la Grecia antigua* (2ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Vernant, J.-P. (2001). *El individuo, la muerte y el amor en la antigua Grecia*. Barcelona: Paidós.
- Vigarello, G. (Dir.) (2005). *Historia del cuerpo. Del Renacimiento a la Ilustración*. Madrid: Taurus.
- Vigarello, G. (2011). *La metamorfosis de la grasa. Historia de la obesidad*. Barcelona: Península.
- Viscarret, J. J. (2010). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández García (Coord.). *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344). Madrid: Alianza Editorial.
- Viscarret, J. J. (2012). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. e Jackson, D. D. (2006). *Teoría de la comunicación humana* (e. o. 1967). Barcelona: Herder.
- Webber, M. (2015) (Ed.). *Applying Research evidence in Social Work Practice*. Londres: Palgrave.
- Weber, M. (1995). *Max Weber. Una biografía*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- Weiss, M., Ramakrishna, J. e Somma, D. (2006). Health-Related Stigma: Rethinking Concepts and interventions. *Psychology, Health and Medicine*, 11(3), 277-287.
- Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing.
- White, L. A. (1988). *La ciencia de la cultura* (e. o. 1949). Barcelona: Círculo de lectores.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. e Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wigney, T. e Parker, G. (2008). Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 520-525.
- Williams, T., Nicholas, J., Quinn, M., Evans, N., Haylock, J. et al. (1999). Los 100 mejores cantantes del siglo. *Audioclásica*, 37, 30-42.
- Williams, M. S., Thomsen, S. R. e McCoy, J. K. (2003). Looking for an accurate mirror: A model for the relationship between media use and anorexia. *Eating Behaviors*, 4, 127-134. doi: 10.1016/S1471-0153(03)00015-1.
- Wilson, J., Peebles, R., Hardy, K., Mulvihill, L., Kretzschman, A. e Litt, I. (2005, maio). Pro-eating disorder website usage and health outcomes in an eating disordered population. *Xuntanza Anual da Pediatric Societies Academic*. Washington.
- Wolf, N. (2002). *The Beauty Myth*. Nova York: HarperCollins.
- Wright, E. R., Gronfein, W. P. e Owens, T. J. (2000). Desinstitutionalization, social rejection, and self-esteem of former mental patiens. *Journal of Health and Social Behavior*. 41(1), 68-90.

Xenofonte (1987). *Ciropedia*. Madrid: Gredos.

Xenofonte (1993). *Recuerdos de Sócrates/Económico/Banquete/Apología de Sócrates*. Madrid: Gredos.

Xenofonte (2001). *Anábasis*. Madrid: Gredos.

Yalom, I. D. (1980). *Existencial psychotherapy*. Nova York: BasicBooks.

Zamanillo, T. e Rodríguez, A. (2011, 29 noviembre). *El pensamiento complejo de Mary Richmond. Algo más que una ventana al pasado*. Recuperado o 25 de marzo de 2013, de www.readperiodical.com/20101/2584917481.html.

Zubiri, X. (2006). *Escritos menores (1953-1983)*. Madrid: Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri.

Zubiri, X. (2018). *Introducción a la filosofía de los griegos*. Madrid: Alianza Editorial/Fundación Xavier Zubiri.

